

بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای در حال توسعه

ترجمه: دکتر آریتا سالاریان^۱

ویرایش: دکتر حسین زارع^۲

پیش گفتار

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه گروه‌های فنی ویژه‌ای با وزیرای بهداشت و درمان و مالی، روسای جمهوری یا نایب رئیس‌ان آنان به رایزنی در امر بیمه اجتماعی سلامت مشغول‌اند تا راهکاری جهت به جریان انداختن درآمدهای بودجه‌ای بخش سلامت، افزایش عملکرد این بخش و پوشش همگانی بیابند. هنوز هم مدارک و اصول راهنمای چگونگی طراحی و اجرای بیمه درمان اجتماعی اساساً بر پایه تجربه کشورهای ثروتمند و توسعه یافته است. تجربه همه کشورها نمی‌توانند برای کشورهای کم درآمد در حال توسعه مفید واقع شوند چرا که این کشورها عمیقاً در مسائلی چون ظرفیت مالی، مخارج سرانه بهداشتی درمانی، اندازه و وسعت بخش‌های رسمی، میزان‌های وابستگی، توانایی‌های مدیریتی و گوناگونی بازارهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی تفاوت دارند. در مقابل، بدست آوردن مدارکی برای طراحی و اجرای بیمه درمان اجتماعی در کشورهای در حال توسعه به سختی ممکن است که در واقع، صراحتاً مبنای کار این کتاب است.

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. ترجمه این اثر با حمایت مالی موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی سابق انجام گرفته است.

۲. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، فوق دکترای سلامت بین الملل.

این مقاله شامل بازنگری و اجرای مواردی است که بیمه اجتماعی سلامت را در کشورهای کم و متوسط درآمد به چالش درآورده و به مطالعه کشورهایی از قبیل کلمبیا، غنا، کنیا، فیلیپین و تایلند پرداخته که در روشن ساختن سختی‌های اجرای بیمه درمان اجتماعی که با آنچه در کشورهای غنی بسیار فاصله دارد کمک کننده است. در واقع این مطالعات نقشه راه را برای گزینه‌های طراحی، اهداف و مقاصد، تجدید نظرهای در نیمه کار و موقعیت‌ها و خطرات غیر منتظره ارائه می‌کند. این کتاب از طریق ارائه درس‌های آموخته شده و مفاهیم سیاسی به بحث و نتیجه‌گیری می‌پردازد. شاید مهم‌ترین پیام این کتاب این باشد که بیمه درمان اجتماعی نباید به عنوان یک عامل معجزه‌گر پنداشته شود که می‌تواند تمامی مشکلات مالی و بدبختی‌های بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه را مرتفع سازد. این عامل‌داری پتانسیل لازم برای ایجاد تغییرات مثبت است اما موفقیت‌ها به آهستگی رخ می‌دهند چرا که خطرات و نقاط مبهمی وجود دارند. ما امیدواریم که با آگاهی از این موضوع این کتاب به تصمیم‌گیرندگان در ملل در حال توسعه کمک کند تا راه‌های درستی را انتخاب کنند و سپس یک بار انتخاب کرده و آنها را به درستی اجرا کنند.

۱. مقدمه، زمینه و تئوری

سلامتی لازمه بهزیستی و رفاه است. حتی ثروتمندترین انسان‌ها هم در صورت نداشتن سلامتی از زندگی لذتی نمی‌برند. از طرفی سلامتی برای توسعه اجتماعی و اقتصادی لازم است. کارگران باید سالم باشند تا بتوانند کار کنند و کودکان باید سالم باشند تا به مدرسه بروند و در سایر فعالیت‌ها شرکت کنند. هنوز هم اغلب ملل در حال توسعه از آنچه که سلامت جمعیت نامیده می‌شود بسیار عقب هستند. در عین حال ضعف سلامت افراد تأثیرهای حیاتی دیگری نیز دارد، منجر به فقر شده مخارج زیاد بهداشتی و درمانی می‌تواند باعث ورشکستگی خانواده‌ها شود. مطالعات نشان می‌دهد که مخارج بهداشتی درمانی عامل اولیه تهیدستی و بینوایی است.

در ملل در حال توسعه علل اساسی فقر سلامتی، ناکافی بودن خدمات پیشگیری و فقدان دسترسی قابل قبول به خدمات بهداشتی درمانی پایه، همچنین تغذیه ضعیف و آب آشامیدنی آلوده، می‌باشد باید در نظر داشت که فقر ناشی از عدم سلامتی نتیجه فقدان بیمه‌های درمانی می‌باشد. سرمایه‌گذاری‌های کمتر از حد و ضعیف عامل اصلی هر دو این عوامل مذکور است.

به‌علاوه بسیاری از کشورها این مشکلات را به همراه استفاده ناکافی از منابع در خدمات بهداشتی درمانی دارند. اغلب کشورهای کم درآمد و متوسط کم درآمد با مشکلاتی در سرمایه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی مواجه هستند. از آنجا که ملل مختلف، اهداف ستودنی و قابل تحسین مشابهی در ارائه خدمات به ملت‌ها به صورت دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت خوب و خدمات پیشگیری از شرایط تهدیدستی به دلایل سلامتی دارند ولی واقعیت شدیداً متفاوت است. این اهداف متعالی با سرمایه‌های دولتی کافی یا سیستم‌های مالی منطقی حمایت نمی‌شوند در نتیجه فقر سلامتی، تهدیدستی و اختلافاتی حاکم است. بسیاری از ملل در حال حاضر امیدوارند تا بیمه درمان اجتماعی اجباری که بر اساس مالیات بر درآمد است راه حل مناسب را ارائه کند.

موج اشتیاق برای بیمه درمان اجتماعی در کشورهای آفریقایی، آسیایی و امریکای لاتین به راه افتاده است. در ماه می ۲۰۰۵ انجمن جهانی سلامت راه حل سیاسی را برای سازمان جهانی بهداشت برقرار کرد که به موجب آن سازمان جهانی بهداشت باید بیمه درمان اجتماعی را به عنوان استراتژی به جریان انداختن منابع بهداشتی درمانی، هم کاسه کردن خطرات^۱، فراهم کردن دسترسی عادلانه تر به خدمات بهداشتی درمانی برای فقرا و ارائه خدمات با کیفیت بهتر بکار گیرد سازمان جهانی بهداشت اعضای مناطق مختلف خود را به ایجاد این بیمه تشویق می‌کند و حمایت‌های فنی لازم را فراهم کرده تا وسیله توسعه ملت‌ها حاصل شود.

به‌علاوه برای افزایش ظرفیت راه اندازی بیمه درمان اجتماعی منابع بین الملل از سازمان‌های اعطا کننده بین المللی مانند بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و GTZ آلمانی اعتبارات لازم را تأمین می‌کند این ابزار سیاسی می‌تواند به تسهیل و برآورد چهار جز مطلوب در اصلاحات بخش سلامت کمک کند که شامل:

۱. هدف قرار دادن سرمایه‌های دولتی برای پرداخت سوبسید به فقرایی که نمی‌توانند حق بیمه بپردازند به‌علاوه تأمین مالی و فراهم کردن خدمات بهداشتی درمانی همگانی برای تمام افراد زمانی که ملل کم درآمد درآمد مالیاتی کافی ندارد تا در بخش سلامت سرمایه کند.
۲. آزاد سازی سرمایه‌های دولتی بطوری که هدف تولید خدمات و کالاهای بهداشتی درمانی شوند.

^۱ . Pooling Risk

۳. منتقل کردن سوبسیدهای دولت از سمت عرضه کننده به سمت تقاضا کننده با هدف توسعه و بهبود کارآیی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی. این امر از طریق تفکیک و جداسازی امور مدیریت مالی بیمه درمان اجتماعی از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی صورت می‌گیرد.

۴. استفاده از ظرفیت‌های سازمان‌های غیر دولتی و ارائه کنندگان خصوصی در جهت بهبود دسترسی برای فرد بیمه شده با عقد قرار داد با این مراکز

این گزارش به آزمون اصول، روش طراحی و اجرای عملیات بیمه درمان اجتماعی در کشورهای کم درآمد و متوسط کم درآمد پرداخته است و با توجه خاص بر نحوه طراحی و اجرای موضوعات موقعیت‌های ضروری برای امکان پذیری اجرای آن را مورد بررسی قرار داده است. توصیه ما این است که در برنامه‌ریزی و اجرای بیمه درمان اجتماعی منطقی‌تر از تئوری‌های ساده بیمه استفاده کرده و از تجربه تمام جهان بهره گرفته شود. برای اجرای موفقیت آمیز این بیمه همگانی کشورها باید بر موانع بسیاری غلبه نمایند و این گزارش مصمم است به خوانندگان کمک کند تا این موانع را درک کرده و ملاک‌های غلبه بر آنها را طراحی کنند.

این کتاب به مطالعه پنج کشور پرداخته و مستنداتی فراهم نموده و جزئیات بیشتری را به عنوان عناصر کلیدی مطرح کرده که در مراحل مختلف اجرای این بیمه در کشورهای کم درآمد ایجاد شده است. این کشورها با این هدف انتخاب شده اند تا مراحل عملیاتی کار را در طی زمان و پی در پی نشان دهند، شروع کار با طراحی و قانون‌مند کردن بیمه درمان اجتماعی است که فاز نخست اجرا می‌باشد، افزایش پوشش بیمه به بخش بیشتری از جمعیت و تکمیل کار به صورتی که بیمه درمان اجتماعی شکل غالب تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی کشور می‌شود. بر این اساس، کنیا انتخاب شده تا مراحل طراحی را نشان دهد غنا برای انجام مراحل نخستین کار فیلیپین برای افزایش پوشش جمعیت، کلمبیا برای بیمه درمان اجتماعی و اصلاحات در ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تایلند برای پوشش همگانی و اصلاحات در نحوه ارائه خدمات انتخاب شدند.

این مطالعه موردی در طیفی از زمان به ما اجازه می‌دهد تا دو پرسش را مطرح کنیم. نخست این‌که کجا می‌تواند یک کشور انتظار داشته باشد نسبت به اجرا و طراحی بیمه درمان اجتماعی اقدام کند؟

دوم این که اگر کشوری تجربه‌هایی از اجرای این بیمه دارد چه چیزی را می‌توانند به عنوان مزایای مورد نظر از بیمه انتظار داشته باشند بدست آورند یا ارائه کنند؟ چه کسانی این بیمه را اداره کنند؟ و ارائه دهندگان خدمات چگونه قرارداد بنویسند و چگونه به آنها پرداخت شود؟ علاوه بر لزوم تهیه نقشه راه برای مواجهه با چالش‌های پیش رو در مراحل مختلف توسعه در کشورهای مختلف، مطالعات موردی کشورها نشان می‌دهد که تغییرات عمده بیمه درمان اجتماعی می‌تواند برای نظام سلامت یک کشور بر حسب منابع و عوامل مالی، پرداخت‌های خصوصی یا عمومی به ارائه دهندگان خدمات، سازمان و قوانین خدمات بهداشتی درمانی، تغییرات رفتاری در میان ارائه دهندگان خدمات و بیماران ایجاد کرده و به تعریف دوباره نقش‌های دولتی منجر شود.

مورد کشور کنیا وضعیت یک کشور در مرحله طراحی و قانون‌گذاری بیمه درمان اجتماعی را روشن می‌کند. این کشور قانون تاسیس بیمه درمان اجتماعی را وضع کرده است که با خواست دولت جهت غلبه بر مشکلات سازمانی صندوق بیمه بیمارستانی انجام شد. سناریوهای عضویت و مالی متعددی به اجرا گذاشته شدند و همگی با نیت خوبی همراه بودند و لیکن مشاوره‌های سیاسی در طی مراحل قانون‌گذاری بیمه درمان اجتماعی ناکافی بودند، که به معنی مداخلات و حمایت‌های بسیار نامناسب بنیان‌گذاران آن است. به‌علاوه رئیس جمهوری این کشور هنوز این قانون را امضا نکرده چرا که در آنالیز هزینه‌ها حق بیمه درمان اجتماعی و ارتباط آن با مالیات‌ها حاکی از نامقتضی بودن مالی در این زمینه است. علاوه بر این شرکت‌های بین‌المللی کمک‌کننده مانند سازمان جهانی بهداشت، شرکت مشارکت فنی آلمان (GTZ) و بانک جهانی در مورد ظرفیت‌نگهداری برنامه بیمه درمان اجتماعی در کنیا محتاطانه عمل می‌کنند با وجود مشکلاتی که می‌توان بر آنها غلبه نمود ممکن است این کشور نتواند مقاصد خوبی که در ارتباط با طراحی بیمه درمان اجتماعی وجود دارد را تحقق بخشد.

کشور غنا را به این دلیل انتخاب کردیم که قانون اجرای بیمه درمان اجتماعی در آن در سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۴ تصویب شده و اجرای آن شروع شده است زمانی که مراحل ابتدایی بودجه‌بندی و اجرای برنامه در این کشور آغاز شد دولت هدف پوشش ۲۵ درصد جمعیت را تعیین نموده بود. برای رسیدن به این هدف، بیمه درمان اجتماعی راهکاری ابتکاری به اجرا گذاشته است که از مشارکت طرح‌های مالی موجود در جامعه بهره می‌گیرد. البته با وجود این که چقدر غنا قادر است بسته خدمات بهداشتی درمانی عمومی را در حداقل ممکن تامین نماید و در سطوح نواحی مختلف چقدر موثر خواهد بود، طرح‌های بیمه درمان اجتماع محور



در حال ثبت نام از افراد واجد شرایط مطلوب می‌باشند. یکی دیگر از شکل‌های مهم بیمه درمان اجتماعی در غنا تصمیم به اعطای قدرت مدیریت به بخش‌ها است و آزاد گذاشتن حق انتخاب مردم از بین برنامه‌های بیمه درمان بخشی یا بیمه‌های خصوصی است این موضوع نشان دهنده آن است که تعهد دولت بر راهکارهای مبتنی بر خدمات بخشی برای توسعه نظام سلامتی است به جای تمرکز بر روش‌های متمرکز دستور دهنده از سطوح بالا به سطوح پایینی. کشور فیلیپین را به دلیل این‌که در مراحل میانی توسعه بیمه درمان اجتماعی با ۱۰ سال تجربه اجرا می‌باشد انتخاب کردیم. شرکت بیمه درمان اجتماعی فیلیپین، بیمه مشترک درمان فیلیپینیان (Phil health) یک شرکت شبه دولتی است که یک گام از نظارت و کنترل دولتی دور شده است. بیمه فیل هلت بیمه‌ای است که افراد به صورت انفرادی پرداخت می‌کنند و مانند اغلب بیمه گران درمانی سنتی عمل می‌کند بطوری‌که مطالبات پرداختی بیش از حمایت بیمه شده از پرداخت‌ها مورد نظر قرارداد در سال ۲۰۰۴ پوشش این بیمه ۸۱ درصد بود و دولت کمک‌های مالی زیادی جهت تحت پوشش قرار دادن فقرا انجام داد. بعد از این زمان کمک‌های دولتی برای فقرا رو به کاهش گذاشت و پوشش جمعیت به ۶۳ درصد تنزل یافت. مشکل عمده‌ای که این بیمه با آن مواجه می‌باشد گریز و طفره روی حدود ۷۰ درصد کارفرمایان کوچک از پوشش این بیمه است همچنین موانع زیادی در ثبت نام کشاورزان غیر مستمند و کارکنان بخشی غیر دولتی وجود دارد. به‌علاوه ارائه دهندگان خدمات درمانی برای اخذ مابقی پرداختی خدمات خود که بیمه آن را تقبل نمی‌کند از بیماران طلب وجه می‌کنند. در نتیجه بیمه شده بیمه درمان اجتماعی حمایت در مقابل خطرات را دریافت نمی‌کند. به‌علاوه مطالعه‌ای انجام شده که یافته‌های آن حاکی است که پرداخت‌های فیل هلت به ارائه دهندگان خصوصی برای آنان انگیزه‌های سودآوری ایجاد کرده که بیش از انگیزه‌های بهبود خدمات درمانی ارائه شده می‌باشد.

کلمبیا به دلیل قرار داشتن در مراحل میانی اجرای بیمه درمان اجتماعی و ۱۲ سال تجربه اجرای آن انتخاب شد. مشخصه این بیمه درمانی بکارگیری صندوق مشترک المنافی است که کمک‌های مالی به اعضای فقیر را شامل می‌شود که به وسیله آن بخشی از مشارکت‌های بیمه درمان اجتماعی از بخش رسمی و شهری تامین می‌شود که نسبتاً بخش مرفه‌ای است و قبلاً کمک‌های مالی جانبی به کارکنان غیر رسمی و روستایی انجام می‌داد. در حال حاضر ۷۰ درصد از مردم کلمبیا توسط بیمه درمان اجتماعی پوشش داده شده‌اند اگرچه که مزایای بسته خدمات درمانی برای فقرا و دیگر افراد کمتر از خدماتی است که به کارکنان رسمی تعلق

می‌گیرد. این کشور با رقابت‌های مدیریت شده در بیمه درمان اجتماعی خود تلاش‌های وسیعی در جهت رفورم و اصلاحات نظام ارائه خدمات درمانی خود انجام داده نتایج مهمی برای سایر کشورها ارزانی داشته است. از یک طرف رقابت‌های مدیریت شده نتایج مورد انتظار در ارتباط با افزایش کارایی و کیفیت خدمات درمانی را به همراه نداشت و از طرف دیگر انتخاب معایر آن نیز مشکلات جدی‌پذیدار ساخت

کشور تایلند انتخاب شد تا روشن شود چگونه در کشورهای متوسط کم درآمد شکل مطلوبی از تاثیرها می‌تواند بسیج شده و بازده سیاسی ایجاد کند که تقریباً پوشش همگانی بسازد. این شکل مطلوب شامل ۲۰ سال تجربه از بیمه درمان اجتماعی در بخش رسمی و کارمندان دولت و ۱۰ سال تجربه خرید اختیاری خطرات برای خانوارهای روستایی و کمک‌های متراکم مالی در صندوق بیمه درمان اجتماعی است. تاثیرهای سیاسی آن در مرکز توجه رئیس جمهوری بوده که فردی ثروتمند و فاقد حمایت مردمی است و در حومه شهر زندگی می‌کند این فرد تصمیم گرفت با راه اندازی بیمه همگانی برای روستاییان و خانواده‌های کشاورز به پیروزی انتخاباتی برسد. پس از انتخابات ۲۰۰۱، تایلند پوشش همگانی بیمه درمان اجتماعی داشته که با درآمد ناشی از مالیات‌های عمومی، پرداخت حق بیمه تمامی فقرا و کم درآمدان، خویش‌فرمایان و کارکنان بخش غیر دولتی همراه می‌باشد. امروزه تقریباً ۷۵ درصد از جمعیت این کشور به این طریق حق بیمه می‌پردازند. به‌علاوه بیمه درمان اجتماعی بسیار فعالانه عمل کرده و به عنوان خریدار عمده خدمات بهداشتی-درمانی به ارائه‌کنندگان خدمات با روش سرانه^۱ عمل می‌کند. این روش باعث توسعه و بهبود کارایی و کیفیت خدمات ارائه شده می‌شود. چالش باقیمانده در این کشور مربوط به کارکنان دولت است که بیش از سایرین از منافع بسته‌های خدماتی برخوردار می‌شوند. آیا دولت و رئیس جمهوری جدید نیز سرمایه‌های کافی برای پوشش همگانی قانونی را منظور می‌گرداند و توزیع عادلانه منافع و مزایای بیمه صورت می‌گیرد.

^۱ روشی که در قبال ارائه خدمات برای هر فرد در دوره زمانی ثابت میزان ثابتی به ارائه‌کننده خدمات تعلق می‌گیرد.

۱-۱. پیش زمینه

برای برقراری بیمه درمان اجتماعی لازم است که زمینه به خوبی شناخته شود. بیمه درمان اجتماعی یک راهکار مالی برای تجهیز صندوق‌ها و یک کاسه کردن خطرات است. صندوق‌های جدید تجهیز شده باید برای فقرا و افراد کم درآمد تخصیص یابند تا دسترسی مالی این افراد نیز به خدمات بهداشتی درمانی میسر شود. بیمه درمان اجتماعی ممکن است راه حلی برای مشکل سیستماتیک خدمات بهداشتی درمانی یک کشور باشد اما ضرورتاً راه حل تمام مشکلات نیست.

فقر سلامتی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه چیره شده است. میزان متوسط مرگ و میر نوزادان در بسیاری از کشورهای آفریقایی هنوز بیش از ۱۰۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده است که در مقایسه با ۴ مورد در ۱۰۰۰ مورد تولد زنده در اقتصادهای صنعتی و پیشرفته قرار می‌گیرد. ملل آسیایی به طور معمول وضعیت بهتری دارند اما نتایج آنها هم هنوز ضعیف است. چین میزان مرگ و میر نوزادان ۳۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده را دارد و در اندونزی ۳۱ در ۱۰۰۰ در هندوستان ۶۲ در ۱۰۰۰ می‌باشد (بانک جهانی، ۲۰۰۵). البته تفاوت‌های زیادی بین وضعیت سلامتی فقرا و ثروتمندان در اغلب کشورها به چشم می‌خورد. مثلاً میزان مرگ و میر نوزادان در مناطق شهری چین ۶ در ۱۰۰۰ است اما در مناطق روستایی ۵۶ در ۱۰۰۰ می‌باشد. میزان واکسیناسیون هنوز زیر ۸۰ درصد در اکثر کشورهای نظیر نیجریه و اوگاندا است بدیهی است که می‌توانیم بهتر عمل کنیم چگونه می‌شود این وضعیت نامساعد را در کشورهای در حال توسعه توضیح داد به علاوه برای یافتن علل سرمایه‌گذاری پایین در بخش سلامت مطالعات چهار عامل دیگر را یافته‌اند شامل:

۱. هدف‌گذاری ضعیف منابع دولتی منجر به جهت گرفتن این منابع به سمت ثروتمندان شده است.
۲. بسیاری از کشورها قادر نیستند خدمات دولتی خود را به طور کارآمد و موثری مدیریت کنند. به بیان دیگر آنها قادر نیستند پول و سرمایه را به خدمات سلامتی با کیفیت خوب و موثر هدایت کنند.
۳. خدمات مراقبتی اولیه بخش دولتی با تقاضای روستاییان به دلیل موقعیت و سازماندهی آنها تطابق ندارد.

۴. خطرات سلامتی بطور کامل خریداری نمی‌شوند لذا فقرا و افراد کم درآمد سالمندان و افراد با سلامتی ضعیف تر از بیمه محروم‌اند.

بدلیل عدم توانایی مدیریت کارآمد و موثر خدمات بهداشتی و درمانی دولتی در بسیاری از کشورها تسهیلات دولتی تحت قوانین دیوان سالاری عمل کرده و مدیران قدرت کمی در تصمیمات پرسنلی و مالی دارند. اغلب سرمایه‌های عملیاتی در زمان مناسب به تسهیلات دولتی نمی‌رسند که به دلیل بهره‌وری پایین نیروی انسانی و تسهیلاتی است.

به‌علاوه حتی اگر تسهیلات ساخته شود و تامین نیروی انسانی هم صورت گیرد و سرمایه‌هایی هم خرج شود، باز هم این تسهیلات در جایی که همه بتوانند به آنها دسترسی داشته باشند، قرار نمی‌گیرند و یا تقاضای مردم را برطرف نمی‌کنند. در نتیجه این تسهیلات کمتر از سطح استاندارد استفاده می‌شوند. متخصصان متبحر به طور معمول نمی‌خواهند در مناطق روستایی و دور افتاده کار کنند حتی اگر امکانات دولتی هم در این مناطق قرار گیرد. پزشکان در این مناطق حضور پیدا نمی‌کنند و یا خدمات ضعیفی ارائه می‌کنند. البته مردم خواهان این هستند که خدمات مراقبتی اولیه را در طی یک ساعت فاصله بدست آورند. این به معنی آن است که در مناطق روستایی باید در سطح روستا این خدمات وجود داشته باشد اما دولت مراکز خدمات بهداشتی اولیه را در مناطق تحت بخشی قرار داده است که اکثراً از روستایان دور است و در نتیجه زمانی که یک روستایی بیمار می‌شود اغلب درآمد ناچیزی وی صرف پرداخت به درمان‌گرهای سنتی و مراقبین خصوصی و داروهای دست‌فروشان می‌شود. زمانی که روستاییان دچار بیماری وخیمی می‌شوند، به بیمارستان‌های دولتی و خیریه مراجعه می‌کنند و در نتیجه این مراکز بسیار شلوغ است.

مستندات حاکی است که دولت‌ها در اغلب کشورهای در حال توسعه اکثر منابع را برای خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان‌های دولتی در مناطق شهری قرار داده‌اند. این تسهیلات عمومی به خصوص در سطح سوم خدمات بیمارستانی اکثراً توسط افراد مرفه شهری بهره‌بردار می‌شود. در نتیجه سرمایه‌های دولتی به طور غیر متناسبی برای ثروتمندان خرج می‌شود.

دلیل دیگر مربوط به مشکلات دسترسی به یک کاسه کردن خطرات می‌باشد. اغلب کشورهای در حال توسعه برای یک کاسه کردن خطرات به مکانیسم‌های بیمه تکیه نمی‌کنند. و زمانی که به این امر توجه نشان می‌دهند تنها کارمندان دولت و کارکنان بخش دولتی را در نظر

می‌گیرند در حالی که این افراد از سایر افراد جامعه مرفه‌تر هستند و فقرا و افراد با سلامتی ضعیف تر از چنین مزایایی محروم می‌مانند.

تامین وجه اضافی برای خدمات بهداشتی درمانی راه چاره بخشی از مشکلات نظام بهداشتی درمانی می‌باشد زمانی که استراتژی بیمه درمان اجتماعی در کشوری آغاز به کار می‌کند، هیچ تضمینی وجود ندارد که خدمات بهداشتی درمانی بهتر و بیشتری ارائه شود. دولت باید برنامه‌ریزی درباره چگونگی انتقال سرمایه‌ها به سمت خدمات کارآمد را پیاده سازد. کشورهای مختلف بر اساس سازماندهی ارائه دهندگان بخش دولتی و خصوصی، نظام‌های پرداخت، قوانین و شرایط موثر بر هزینه‌های بیماری‌ها وضعیتی متفاوت دارند. برای مثال، هندوستان تقریباً مقدار مورد قبولی در بخش سلامت هزینه می‌کند که معادل ۶ درصد از تولید ناخالص ملی می‌باشد اما نظام درمانی این کشور در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم فقیر روستاها ناتوان است. در مقابل، سریلانکا تقریباً مقدار ۳/۷ درصد از تولید ناخالص ملی را در بخش سلامت خرج می‌کند و نتایج مطلوبی را در وضعیت سلامتی و پیشگیری از خطرات ایجاد کرده است. بنابراین ما اطمینان داریم که سرمایه‌های دولتی اضافی در سریلانکا ثمرات مهمی را می‌تواند به بار آورد در حالی که نمی‌توانیم در مورد هندوستان اینگونه معتقد باشیم مگر این‌که این کشور اصلاحاتی را به کار گیرد.

۱-۱. منابع سرمایه‌ای برای خدمات بهداشتی و درمانی

کشورهای توسعه یافته اغلب بیمه درمان اجتماعی را برای بسیج سرمایه‌ها و یک کاسه کردن خطرات بکار می‌گیرند. اما کشورهای کم درآمد و متوسط کم درآمد به ندرت این راهکار را به کار می‌گیرند و اغلب بر درآمدهای عمومی تاکید داشته و پرداخت‌های مستقیم از جیب را منبع مالی خدمات بهداشتی درمانی قرار می‌دهند. مطالعه منابع مالی در کشورهای در حال توسعه منتخب نشان می‌دهد که درآمدهای عمومی و پرداخت‌های مستقیم منابع غالب مالی هستند. بیمه درمان اجتماعی نقش کوچکی در ملل کم درآمد بازی می‌کند اما با رشد درآمدهای ملی، نقش مالی بیمه درمان اجتماعی افزایش می‌یابد.

تا به حال بسیاری از کشورها تنها به مقدار پرداخت دولت برای خدمات بهداشتی درمانی توجه داشتند و به این امر پی نبردند که شاید پرداخت‌های دولت تنها بخشی نسبتاً کمی از کل را در بر گیرد. پرداخت‌های مستقیم بیماران نشان‌دهنده نسبت مهمی از پرداخت‌های بهداشتی درمانی است و این نوع از پرداخت‌ها عادلانه نبوده و بار مالی زیادی بر افراد فقیر و کسانی که

سلامتی پایین تری را دارند تحمیل می‌کند و بیماران را از دریافت خدمات ضروری درمانی دور می‌کند. بسیار مهم است که توجه شود پرداخت‌های از جیب یک کاسه کردن خطرات نیست. اندازه و وسعت پرداخت‌های مستقیم از جیب در کشورهای منتخب آفریقایی، آسیایی و آمریکای لاتین نشان می‌دهد مادام که پرداخت‌های مستقیم از جیب به عنوان سهمی از مخارج ملی سلامتی در کشورهای فقیر بیش از کشورهای ثروتمند است، تغییرات وسیعی در کشورهای کم درآمد مشهود است در کشورهای آفریقایی که متوسط سرانه درآمد در آنها در سال ۲۰۰۴ ۶۰۱ دلار آمریکا بود داده‌های موجود در شکل ۱-۲ حاکی از آن است که پرداخت‌های مستقیم از جیب حدود ۴۱ درصد از کل مخارج بهداشتی درمانی ملی را شامل شده است. در آفریقای جنوبی که سرانه درآمد ۵۹۳ دلار در سال ۲۰۰۴ گزارش شده سهم پرداخت‌های مستقیم حدود ۵۵ درصد است در آمریکای لاتین با سرانه درآمد ۵۷۵ دلار در سال ۲۰۰۴ این میزان ۴۴ درصد بوده است. به علاوه در کشورهای کم درآمد پرداخت‌های مستقیم سهم بیشتری از مخارج بهداشتی درمانی خانوارها را در میان خانوارهای فقیر تشکیل داده است این شکل‌ها اشاره بر این امر دارند که در کشورهای کم درآمد تقریباً نیمی از مخارج سلامتی ملی از طرق سازمان نیافته تبادل می‌شوند که اغلب منجر به آن شده که فقیرترین افراد که نیازمندترین به خدمات بهداشتی درمانی هستند هنوز قادر نباشند برای این خدمات پرداختی داشته باشند.

۱-۱-۲ سرمایه‌گذاری کم و ظرفیت دولت در انجام مخارج بیشتر

مستندات نشان داده‌اند که مخارج بهداشتی درمانی به عنوان درصدی از تولید ناخالص ملی بین کشورهای در حال توسعه تفاوت‌های چشم‌گیری دارد. با این حال اکثر کشورهای در حال توسعه کمتر نیاز لازم در بخش بهداشت و درمان سرمایه‌گذاری می‌کنند و در نتیجه منابع خرج شده در زیر سطح مورد نیاز قرار دارد. یکی از دلایل مشخص این امر این است که دولت پول بسیار کمی برای بهداشت و درمان تخصیص می‌دهد. البته مقدار سرمایه‌های مالیاتی یک کشور که در بخش سلامت می‌تواند صرف کند بوسیله قدرت دولت در جمع‌آوری مالیات بر درآمد محدود می‌شود. مسئله دیگر اقتصاد سیاسی یک کشور است که موجب می‌شود چه مقدار از بودجه به خدمات بهداشتی درمانی اختصاص یابد و چه مقدار برای اولویت‌ها در نظر گرفته شود.

۳-۱-۱. منابع مالیاتی کم

اغلب کشورهای در حال توسعه پایه و اساس مالیاتی ناچیزی دارند چرا که بنیان‌های صنعتی کوچکی داشته و شبه اقتصادهای مشخص شده با نیروی انسانی زیادی داشته و جمع آوری مالیات از شبه اقتصادها واقعاً کار دشواری می‌باشد. به علاوه اغلب کشورهای در حال توسعه، زیربنا و ظرفیت مدیریتی لازم را برای جمع آوری موثر مالیات‌ها ندارند. این عوامل منجر به محدودیت در تولید درآمد مالیاتی بیشتر می‌شوند.

زمانی که یک کشور توسعه اقتصادی می‌یابد پایه‌های مالیاتی آن افزایش می‌یابد چرا که شبه اقتصادها کوچک شده و ظرفیت‌های مدیریتی توسعه می‌یابد. درآمدهای مالیاتی در نتیجه افزوده می‌شوند و کشور از منابع بیشتری برای حمایت بخش دولتی برخوردار می‌شود.

۴-۱-۱. تخصیص بودجه

متخصصان و سازمان‌های غیر انتفاعی بهداشتی درمانی بین المللی بسیاری به بحث در مورد تخصیص مجدد بودجه و هزینه بیشتر در بخش بهداشت و درمان پرداخته‌اند اما بهداشت و درمان باید با سایر برنامه‌های منابع دولتی مقایسه شود. اغلب ملل در حال توسعه سهم درآمدهای عمومی که باید در بخش بهداشت و درمان صرف شود را تعیین نموده‌اند. این کشورها تنها ۶ تا ۱۰ درصد از بودجه دولتی خود را در بخش بهداشت و درمان تخصیص داده‌اند باید توجه کرد که این دولت‌ها منابع مالی کافی برای خدمات بهداشتی درمانی برای فقرا و مستمندان و افراد کم درآمد در نظر نگرفته‌اند و این قشر از افراد جامعه در تصمیم‌گیری‌های دولتی و سیاسی به طور معمول مورد توجه نیستند. در حالی که بسیاری از کشورهای آفریقایی اعلامیه ابوجا را امضا نموده‌اند که به موجب آن ضمانت می‌کنند تا ۱۵ درصد از بودجه خود را در بخش سلامت تخصیص دهند، هیچ کشوری به این هدف دست نیافته است. جدول ۱-۱ مقایسه‌ای از بودجه تخصیص یافته به بهداشت و درمان و سهم بودجه بهداشتی درمانی تأمین شده توسط حامیان بین المللی را در چند کشور آفریقایی نشان می‌دهد. بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ میلادی متوسط غیر وزنی مخارج دولتی در بهداشت و درمان به صورت درصدی از کل رشد مخارج دولتی تنها ۷/۸ درصد و در مقابل منابع خارجی این بخش تقریباً ۴۰ درصد بوده است.



جدول ۱-۱ دولت و حامیان بین المللی در بهداشت و درمان، کشورهای منتخب آفریقایی،

۱۹۹۵-۲۰۰۰

نام کشور	مخارج دولت در بهداشت و درمان به صورت درصدی از کل مخارج دولت		منابع خارجی در بهداشت و درمان به صورت درصدی از مخارج بهداشتی درمانی	
	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰
اریتره	۰	۴	۳۲/۸	۶۰/۷
اتیوپی	۵/۸	۵/۵	۱۷/۹	۳۵/۶
غنا	۸/۳	۷/۹	۱۵/۸	۲۴/۱
کنیا	۶/۶	۸/۱	۳۲/۳	۳۸/۳
لسوتو	۹/۶	۱۰/۸	۵/۵	۶/۸
مالاوی	۱۱/۳	۱۴/۶	۵۰/۲	۸۶/۷
نیجریه	۱/۷	۳	۳۳/۴	۳۲/۲
تانزانیا	-	۸/۱	-	۵۰
اوگاندا	۹/۲	۹/۵	۸۴	۹۶
زامبیا	۱۱/۵	۱۱/۲	۲۲	۲۴/۸
متوسط غیر وزنی	۷/۶	۸/۲	۳۲/۶	۴۵/۵

۱-۱-۵. وابستگی به حامیان خارجی

سهام مخارج کلی ملی که از طرف حامیان خارجی تامین می‌شود، در بسیاری از کشورهای آفریقایی بالا است این وجوه بیش از ۲۵ درصد از بودجه بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهند. در مورد کمک‌های حامیان خارجی دو موضوع مطرح است نخست این که آیا اولویت‌های ملی بهداشتی درمانی با اولویت‌های حامیان قابل مقایسه است؟ دوم این که چقدر کمک‌های

خارجی‌داری ثابت می‌باشد و آیا برنامه‌های بهداشتی درمانی در صورت عدم وجود حمایت‌های خارجی قابلیت اجرا دارند؟

۱-۶. نظام متداول تامین مالی و خدمات بهداشتی درمانی در ملل در حال توسعه

بیمه درمان اجتماعی می‌تواند وجوه مالی اضافی برای خدمات بهداشتی و درمانی تجهیز نماید اما اغلب وجوه بیشتر همواره به معنی خدمات بهداشتی درمانی بهتر و بیشتر نمی‌باشد. برای تغییر شکل سرمایه‌های اضافی به صورت خدمات موثر و کارآمد اصلاحاتی نیز باید صورت بپذیرد. برای ارزیابی این‌که چه اصلاحاتی لازم است رخ دهد، هر کشور باید بداند که نظام بهداشتی درمانی اش در کجا قرار دارد. تنها در این صورت است که دولت می‌تواند برنامه‌ریزی کند که به چه سمتی برود و چگونه به آنجا برسد. ما در این بخش مشخصه‌های عمومی نظام‌های بهداشتی درمانی در اغلب کشورهای در حال توسعه را تشریح می‌کنیم تا مشخص شود که نقطه شروع کجاست و کجا باید باشد.

بهداشت عمومی، پیشگیری، خدمات بهداشت مادر و کودک و برنامه‌های مقابله با ایدز به طور معمول در اولویت نبوده و سرمایه کافی به آنها تعلق نمی‌گیرد. زمانی که حامیان بین المللی این خدمات را در اولویت قرار می‌دهند و از آنها با سرمایه خود حمایت می‌کنند اغلب دولت‌ها برنامه‌های عمودی به منظور ارائه خدمات ویژه راه می‌اندازند تا خدماتی علاوه بر برنامه‌های ملی ارائه نمایند. هر برنامه عمودی بروکراسی، نظام‌های عرضه و کلینیک‌های خاص خود را می‌آفریند. این برنامه‌ها اغلب دارای فصل مشترکی هستند و روی هم قرار می‌گیرند، برای استفاده از نیروی انسانی آموزش دیده که تعداد محدودی دارد با هم به رقابت پرداخته و برای بدست آوردن منابع و امکانات لازم که مقدار آنها نیز ناچیز است با یکدیگر درگیر می‌شوند. به علاوه ایجاد اختلال در سایر خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه، قابلیت اجرای این برنامه‌های عمودی موضوع بسیار جدی است چرا که این برنامه‌ها به سرمایه‌های خارجی وابسته‌اند.

دولت مسئولیت‌های دیگری و رای برنامه‌های عمودی خاص بر عهده‌دارد که گاهاً تنها روی کاغذ ذکر شود، دولت برای سازماندهی، مدیریت و ارائه خدمات اولیه ثانویه و ثالثیه به تمام مردم موظف است. البته دولت‌های کشورهای در حال توسعه به ندرت می‌توانند برای این خدمات به طور کافی سرمایه‌گذاری می‌کنند و ندرتاً قابلیت لازم برای ارائه این خدمات را

بطور موثر و کارآمد دارند. در نتیجه تهیه و تامین مالی خدمات درمانی در سه ردیف بر اساس توانایی پرداخت بیماران تقسیم می‌شود.

در ردیف بالایی خانوارهای مرفه‌تر قرار دارند که خدمات با کیفیت بالا را خواهان‌اند. و اغلب خدمات مورد نیاز آنها از طریق پزشکان بخش خصوصی و بیمارستان‌های خصوصی که نرخ‌های بالایی را طلب می‌کنند تامین می‌شود. بیماران ثروتمند برای این خدمات پرداخت مستقیم از جیب انجام می‌دهند البته خدمات سطح سوم را (شامل خدمات فوق تخصصی و گران قیمت) از بیمارستان‌های آموزشی دولتی بدست می‌آورند چرا که این خدمات به سرمایه عظیمی نیاز دارند که بخش خصوصی به طور معمول قادر به تامین آن نیست.

در ردیف دوم خانوارهای با درآمد متوسط قرار دارند که خدمات مورد نیاز خود را به شکلی متفاوت از گروه مرفه جامعه کسب می‌کنند. بسیاری از ملل در حال توسعه برنامه‌های بیمه درمان برای کارمندان دولت دارد و کارفرماهای بزرگی مانند بانک‌ها نیز کارکنان خود را بیمه می‌کنند. این برنامه‌های بیمه که بعضی به شکل بیمه اجتماعی هستند برای دریافت خدمات به انتخاب بهترین‌های بخش دولتی و خصوصی پرداخته و با آنها قرارداد می‌بندند. خدمات ارائه شده در اینجا به طور معمول به شکل کارانه^۱ از بیمه‌ها حق الزحمه دریافت می‌کنند. در صورتی که کشوری بیمه اجتماعی درمان داشته باشد بر اساس این نوع بیمه از کلینیک‌ها و تسهیلات پزشکی خود که خدمات با کیفیت بالا تر از خدمات دولتی ارائه می‌کنند بهره گرفته می‌شود.

در ردیف سوم کلینیک‌ها و بیمارستان‌های دولتی به اکثریت عظیمی از جمعیت پاسخگویی می‌کنند یعنی خانوارهای فقیر و کم درآمد. در آفریقا، بیمارستان‌های خیریه نقش مهمی در ارائه خدمات به این قشر از جامعه بازی می‌کنند، این بیمارستان‌ها به شکل کارانه دریافت وجه می‌کنند ولی برای فقرا بهای کمتری دریافت می‌شود. با این‌که خدمات بهداشتی درمانی دولتی اغلب رایگان هستند ولی صف‌های انتظار در این بخش اغلب طولانی است، مراکز بهداشتی درمانی در مناطقی دور از دسترس بیماران قرار گرفته‌اند، پزشکان ممکن است مشغول به خدمت نباشند، ساعات بالنی ناراحت و ناجور هستند، امکانات یا خراب‌اند و یا با ازدحام در دریافت آنها همراه‌اند، دارو و سایر ملزومات در دسترس نیستند و ارائه دهندگان خدمات رفتاری ناشایست نشان می‌دهند. به همین دلیل است که مردم زمانی که دچار بیماری می‌شوند

1. Fee for service

در صورتی که وضعیت تهدید کننده زندگی در کار نباشد متوسل به خود درمانی شده یا به طبیبان بومی پناه می‌برند. تحقیقات انجام شده بر روی مخارج خانوارها حاکی است که افراد کم درآمد و فقرا نسبت قابل توجهی از درآمد خود را برای دازو و خدمات پزشکی بومی صرف می‌کنند. تنها زمانی که بیماری وخیمی حادث شود و نیازمند به خدمات بیمارستانی باشند اجباراً به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند.

زمانی که کشوری با نظام سه طبقه در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی روبه‌رو باشد، با مشکلات وخیمی درگیر است.

الف) چگونه نظام‌های مجزای ارائه خدمات بهداشتی درمانی بخش دولتی و خصوصی را تحت نظام بیمه درمان اجتماعی قرار دهد؟

ب) چگونه برنامه‌های عمودی را با نظام بهداشت و درمان عمومی تلفیق کند؟

ج) چگونه منابع و مدیریت نوین را برای بهبود کارایی و کیفیت خدمات درمانی و پیشگیری بکار گیرد؟ د) چگونه اطمینان حاصل کند که تمام بیمه شدگان دسترسی عادلانه‌ای به خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت دارند؟

۲-۱. اصول و تئوری

بیمه درمان اجتماعی به دنبال تاسیس بیمه بیسمارک در سان ۱۸۸۳ در آلمان در مدت زمان بیش از یک قرن توسعه یافته است. بیش از ۲۷ کشور جهان اصول پوشش همگانی جمعیت را به واسطه ایجاد بیمه درمان اجتماعی پایه ریزی نموده‌اند. شکل گیری این فرایند در آلمان ۱۲۷ سال در بلژیک ۱۱۸ اسراییل ۸۴ سال اتریش ۷۲ سال کاستاریکا ۴۸ سال ژاپن ۳۶ سال و در جمهوری کرده ۲۶ سال به طول انجامید.

کارین و جیمز در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که در اتریش ۴۰ سال طول کشید تا پوشش جمعیت از ۷ درصد به ۶۰ درصد رسید و سپس ۳۵ سال دیگر به درازا انجامید تا به رقم ۹۶ درصد رسید.

در این کتاب در بررسی کشورها مشخص شده که در کاستاریکا ۲۰ سال زمان صرف شد تا بیمه درمان اجتماعی به پوشش جمعیت ۱۷ درصد رسید (از سال ۱۹۴۱ تا ۱۹۶۱). بعد از ۵ سال پوشش جمعیت دو برابر شد و به ۳۴ درصد رسید (۱۹۶۶) سپس ۱۲ سال طول کشید تا

به پوشش دو برابر یعنی ۷۴ درصد در سال ۱۹۷۸ رسید و بعد از ۱۳ سال در ۱۹۹۱ به پوشش ۸۳ درصد نائل شد.

میزان توسعه اقتصادی یک کشور و ساختار اقتصادی آن عامل تاثیرگذاری بر تعداد افرادی که تحت پوشش قرار می‌گیرند و سرعت دسترسی به پوشش همگانی دارد. برای مثال در میان ملل ثروتمند ترکیبات مختلف اقتصادی چنانچه در جدول ۱-۲ نشان داده شده می‌تواند نقش مثبتی بر آماده سازی محیط برای ایجاد بیمه درمان اجتماعی شوند.

جدول ۱-۲. عوامل شرکت کننده مثبت در آماده سازی محیط برای بیمه درمان اجتماعی

ترکیبات ساختاری	مشارکت مثبت در آماده سازی محیط برای بیمه درمان اجتماعی
۱. وسعت استخدام رسمی	<ul style="list-style-type: none"> • سادگی رسیدگی بر مالیات بر لیست حقوق کارکنان و کارفرمایان • سادگی مکان یابی کارکنان و جمع آوری حق بیمه ها
۲. دستمزد و حقوق بالا	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش هزینه اقتصادی مالیات بر لیست حقوق • فرصت برای بهره گیری از مزایای بیشتر
۳. میزان پایین فقر	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش میزان سوبسید برای خانوارهای فقیر
۴. خانواده یا خانوارهای کوچک‌تر	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش نیاز به کارکنان بیشتر برای پوشش وسیع تر جمعیت
۵. عملکرد مطلوب شبکه ارائه دهندگان خدمات	<ul style="list-style-type: none"> • بهبود دسترسی اعضا به ارائه دهندگان خدمات • وسعت انتخاب ارائه دهندگان خدمات • امکان رقابت بر سر کیفیت بین ارائه دهندگان
۶. نیروی انسانی با توان بالا	<ul style="list-style-type: none"> • مهارت‌های موجود برای مدیریت، پایش و ارزیابی کیفیت بیمه درمان اجتماعی
۷. حمایت‌های قوی مدیریتی	<ul style="list-style-type: none"> • فراهم بودن بانکداری، حسابداری، اکچووری و حمایت‌های قانونی
۸. ظرفیت قانون‌گذاری دولت	<ul style="list-style-type: none"> • ظرفیت بیشتر برای وضع کیفیت، مدیریت روند شکایات

به عکس این موارد در کشورهای کم و متوسط کم درآمد معیارهای مخالفی شناخته شده‌اند که بر آماده سازی محیط موثر می‌باشند. بر اساس اطلاعات جدول ۱-۳ انتظار داریم درآمد سرانه پایین، بخش کوچک دولتی (اغلب نماینده بخش کوچک شهری است)، شیوع بالای فقر و میزان وابستگی بالا چالش‌های وسیعی را برای آغاز به کار و سنجش بیمه درمان اجتماعی در کشورهایی مانند غنا و کنیا ایجاد کرده باشد. در مقابل انتظار داریم کشورهای با درآمد سرانه بالاتر، بخش دولتی بزرگتر، فقر کمتر و میزان وابستگی کمتر مثل کلمبیا و تایلند محیط آماده تری برای آغاز به کار و بسط بیمه درمان اجتماعی داشته باشند.

جدول ۱-۳ مشخصه‌های کشورها، ۲۰۰۴-۲۰۰۰

نسبت وابستگی	% مخارج از جیب برای سلاتی	% شهری	میزان فقر (%)	سرانه تولید ناخالص ملی	جمعین (میلیون)	مرحله بیمه درمان اجتماعی	
۰/۸۰	۵۶	۴۱	۵۰	\$۳۶۰	۳۱	طراحی	کنیا
۰/۹۰	۵۹	۴۶	۳۹	۲۷۰	۲۰	آغازین	غنا
۰/۷۰	۶۱	۶۲	۳۷	۱۰۲۰	۸۰	وسعت دهی	فیلیپین
۰/۶۰	۱۷	۷۷	۵۰	۱۸۳۰	+۴۴	مراقبت مدیریت شده	کلمبیا
۰/۴۰	۳۰	۳۲	۱۷	۲۰۰۰	۶۲	پوشش همگانی	تایلند

منبع: داده‌های آماری بانک جهانی و سازمان ملل.

هیچ الگوی درسی برای طراحی و اجرا و توسعه روش‌های بیمه اجتماعی درمان برای رسیدن به پوشش همگانی در کشورهای کم و متوسط درآمد وجود ندارد. همانطور که قبلاً نیز اشاره شد تایلند یک استثنا است تا جایی که وضعیت risk pooling به همراه یک سری شرایط واحد سیاسی، این کشور را به سمت پوشش همگانی بیمه درمان اجتماعی سوق داده است در حالی که درآمد سرانه در این کشور تنها ۲۵۰۰ دلار آمریکا می‌باشد.

۱-۲-۱. تئوری بیمه درمان اجتماعی

وضعیت غیر قابل پیش بینی بودن بیماری‌ها تئوری بیمه درمان اجتماعی را مورد تأیید و پشتیبانی قرار می‌دهد. سالانه تعداد معدودی از افراد از بیماری‌های خطرناک و ناتوانی‌ها رنج می‌برند. مشکلات پزشکی این افراد می‌تواند نتیجه هزینه‌های بالای پزشکی باشد که قادر به پرداخت آنها نبوده‌اند، اما زمانی که مسئله مرگ و زندگی مطرح باشد همگان به فکر خدمات درمانی ارزشمندی هستند که حتی هزینه‌های آن می‌تواند منجر به از دست دادن تمام‌دارایی فرد شود. در نتیجه اغلب مردم تمایل دارند در مقابل چنین خطری بیمه شوند چرا که از خطرات بیزارند. در عین حال بعضی افراد خواهان بیمه نیستند چرا که معتقدند بیماری‌ها و حوادث از آنها فاصله دارد و یا به سادگی از خطرات احتمالی که می‌تواند منجر به تحت فشار قرار دادن آنها از لحاظ مالی می‌شود چشم پوشی می‌کنند. چنین انتخاب‌های غیر معقولی می‌تواند مشکلات جدی اجتماعی را به بار آورد. به‌علاوه انسان موجودی خودخواه و خودپرست است. اگر بیمه درمان اختیاری باشد افرادی که کمتر احتمال خطر دارند از جمله آنان که جوان‌اند و از سلامت برخوردارند، تمایل نخواهند داشت که با افرادی که بیشتر در معرض خطرند یعنی سالمندان و بیماران مزمن سرمایه‌گذاری مشترکی داشته باشند. این امر به انتخاب نامتناسب منجر می‌شود مشکل حیاتی که بیمه اختیاری گروهی را تهدید می‌کند در ضمن افراد کم درآمد و فقیر قدرت پرداخت حق بیمه درمانی را ندارند و به همین دلیل باید از حمایت و کمک دولتی بهره‌مند شوند. به دلایل فوق‌گفته‌هایی که می‌خواهند پوشش همگانی بیمه درمان را به اجرا بگذارند باید و رای یک نظام اختیاری محض را ببینند.

بیمه درمان اجتماعی افراد کم خطر و پر خطر را در یک ائتلاف قرار داده، از انتخاب‌های نامتناسب جلوگیری کرده و اجازه می‌دهد افراد بر اساس توانایی پرداخت مشارکت داشته باشند. بیمه درمان اجتماعی تغییراتی در بازار عمومی ایجاد کرده که بر آن اساس بیمه شده مقدار تعیین شده‌ای پرداخت می‌کند (حق بیمه) و مجموعه‌ای از خدمات و مزایا را دریافت می‌کند. حق بیمه از بودجه دولت تأمین نمی‌شود (درآمدهای عمومی) بلکه به طور معمول درصدی از حقوق کارکنان است. بر حسب این که افراد چه مقدار می‌پردازند و برای چه خدماتی پرداخت دارند عملکرد مالی بیمه درمان اجتماعی از آن نظامی شفاف و جوابگو می‌سازد. خلاصه این‌که بیمه درمان اجتماعی یک برنامه اجتماعی اقتصادی جدید است که برابری را در جامعه ارتقا داده و اشتراک منافع را ایجاد می‌کند. این برنامه خطرات را متمرکز

کرده و به توزیع مجدد درآمدها بین فقرا و ثروتمندان، افراد سالم و غیر سالم، سالمندان و جوانان می‌پردازد.

چنانکه بیمه درمان اجتماعی به بازگویی عملکرد این بیمه پرداخته است پیش پرداخت یکی از تعهدات این بیمه می‌باشد. بسیاری از مردم ممکن است در پرداخت خدمات اولیه بهداشتی و درمانی و داروها قدرت پرداخت داشته باشند و بر همین اساس افراد بر اساس توانایی پرداخت مستقیم رتبه‌بندی می‌شوند. البته رتبه‌بندی قیمت‌ها می‌تواند باعث بازداشتن بسیاری از افراد از دستیابی به خدمات ساده تشخیصی و درمانی شود و تا زمانی که شرایط بیماری وخیم نشود افراد مراجعه به بخش درمان نکنند. یافته‌های مطالعات متعدد نشان می‌دهد که خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه نسبت به خدمات سطح دوم و سوم بیشتر هزینه اثر بخش هستند چرا که باعث بهبود سطح سلامتی افراد می‌شوند. اما مردم اغلب تقاضای کافی برای این خدمات اولیه ندارند چرا که بیماری‌ها در مراحل اولیه علامتی نداشته و قابل مشاهده نیستند.

مطالعات انجام شده بر روی خریداران داوطلب بیمه درمان حاکی است که افراد بیمه درمان را انتخاب می‌کنند نه تنها به این دلیل که آنها را در مقابل هزینه‌های مصیبت بار پزشکی بیمه می‌کند بلکه به آنها اجازه می‌دهد پرداخت‌های جزئی از قبل برای خدمات سلامتی داشته باشند چرا که این امر شانس افراد بیمه شده در دریافت بازده خدمات بیمه‌ای را افزایش می‌دهد. تاریخچه اولیه بیمه خصوصی در ایالات متحده نشان داده که اغلب افراد برنامه‌های خرید پیش پرداخت را در مقابل هزینه‌های فاجعه آمیز پزشکی ترجیح داده‌اند. به دلایل فوق بیمه درمان اجتماعی نوین چیزی بیش از یک برنامه بیمه درمانی است که تنها افراد را در برابر هزینه‌های سنگین خدمات پزشکی حمایت کند. در عوض نظام بیمه درمان اجتماعی یک برنامه پیش پرداخت است برای خدمات درمانی کم هزینه تر مانند خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه بطوری که نظام پیش پرداخت مردم را تشویق می‌کند تا خدمات هزینه اثربخش تری را بکار گیرند. البته بیمه و پیش پرداخت خطرات اخلاقی ایجاد می‌نمایند بطوری که افراد ممکن است تقاضای غیرضروری برای خدمات درمانی و داروها داشته باشند بیمه مشترک و پرداخت‌های مشترک برای کاهش خطرات اخلاقی طراحی شده است

۲-۱. تعریف بیمه درمان اجتماعی

بیمه درمان اجتماعی (SHI) سه مشخصه مجزا دارد. نخست این که بیمه اجتماعی اجباری است که نقطه اعظم افتراق از سایر بیمه‌های خصوصی اختیاری است. تحت بیمه اجتماعی همه افرادی که در یک حکومت قرار دارند باید ثبت نام کرده و حق بیمه مشخص شده را بپردازند و در پرداخت‌ها مشارکت کنند. همانطور که در صفحات قبل بیان شد، مشارکت بیشتر به صورت درصدی از درآمد بوده و یا آنچنان که در تئوری‌ها بیان شده به صورت مالیات بر درآمد کسر می‌شود. برای فقرا و دسته به خصوصی از افراد جامعه مانند سالمندان و کودکان دولت حق بیمه را پرداخت می‌کند. اخیراً برای این عده کمک‌های مالی دولتی در نظر گرفته می‌شود.

مشخصه دوم با قابلیت و شایستگی در ارتباط است. افراد تنها زمانی که حق بیمه مشخص را پرداخت کنند می‌توانند از مزایای معین شده بهره‌مند شوند. به بیان دیگر برخلاف بیمه درمان که توسط درآمدهای عمومی تامین مالی می‌شود و هر فردی تحت پوشش قرار می‌گیرد مانند نظام بیمه‌ای کانادا بیمه درمان اجتماعی لزوماً همگانی نیست.

سومین مشخصه این بیمه این است که حق بیمه و مزایا در معاهده‌ای اجتماعی تشریح شده‌اند که به طور معمول در قانون تصویب شده و تبادلاتی اقتصادی را بین دو طرف یعنی ثبت نام کننده و بیمه درمان اجتماعی ایجاد می‌کند. بدین ترتیب فرآیند قانونی معامله‌ای باصرفه برای بیمه درمان اجتماعی و افراد تحت پوشش آن ایجاد می‌کند. افراد به پرداخت مقدار مشخصی توافق کرده و مطمئن‌اند که این پرداخت بطور منصفانه و اثربخشی بکار گرفته شده تا سرمایه‌های خدمات بهداشتی درمانی برای کلیه کسانی که بخشی از این نظام هستند فراهم شود. بسته مزایا آن خدماتی که بیمه شده در قبال پرداخت حق بیمه باید دریافت کند را مشخص می‌کند. میزان مشارکت و مزایای دریافتی محفوظ می‌باشند و به تصمیمات مربوط به تعیین بودجه دولت مرتبط نمی‌شوند و آنچه در نظام کانادا پیش آمد را به دنبال ندارد. اگر بیمه درمان اجتماعی از ارائه تعهداتی که در بسته مزایای بیمه عنوان کرده کوتاهی نماید بیمه شونده‌گان می‌توانند از راه قانونی اقدام نمایند.

برای تشخیص دادن بیمه درمان اجتماعی از سایر بیمه‌های درمانی روش‌هایی در جدول ۱-۱ نشان داده شده است. در نظر داشته باشید در نظام بیمه درمان اجتماعی مشارکت‌های اجباری اعضا به همراه سرمایه‌های تفکیک شده بهداشتی درمانی، خود را معطوف به ارزیابی‌های شدیدتر مالی برای احقاق تعهدات ویژه (برای مثال مزایای وعده داده شده به



اعضا) کرده است در حالی که بیمه ملی وعده پوشش همگانی رایگان برای تمام افراد را دارد اما تضمین نمی‌کند که مالیات بر درآمد کافی بوده و یا برای بهداشت و درمان تخصیص یابد. ماهیت بیمه ملی در این است که بر سر اولویت‌ها به رقابت پرداخته که می‌تواند منجر به تلف شدن سرمایه‌های وعده داده شده در شرایطی چون بلایای طبیعی، جنگ‌ها یا تغییرات جریان‌های سیاسی منجر شود. این مشکلات در بحران‌های مالی کشورهای کم درآمد و متوسط درآمد ذاتی و ماندگار است.

جدول ۱-۴ مشخصه‌های انتخابی بیمه درمان اجتماعی در برابر سایر شکل‌های بیمه درمان

نوع بیمه	منبع مالی	مشارکت	سرمایه‌های تفکیک شده بهداشتی درمانی	اعضا
بیمه درمان اجتماعی	مشارکت کارفرما/کارکنان از طریق دستمزد+حقوق	اجباری برای کارکنان و کارفرمایان	بله	مشارکت اعضا (و به طور معمول بستگان آنها)
بیمه خصوصی	پرداخت مستقیم و حق بیمه	اختیاری	بله	مشارکت اعضا (و به طور معمول بستگان آنها)
بیمه پیش پرداخت درمانی	پرداخت مستقیم و حق بیمه	اختیاری	بله	مشارکت اعضا (و به طور معمول بستگان آنها)
بیمه ملی	درآمد عمومی دولت و سایر مالیات‌ها	اغلب توسط مالیات بر درآمد سرمایه‌گذاری شده	مالیت بر درآمد تفکیک نمی‌شود	همه افراد

بیمه درمان اجتماعی اغلب با سایر بیمه‌های درمانی در موازات هم قرار می‌گیرند که در این صورت انواع مختلف بیمه‌ها پوشش تکمیلی و مزایای گوناگون برای گروه‌های مختلف مردم فراهم می‌کنند.

البته بعضی اوقات به دلیل دوباره کاری‌های اداری، هم پوشانی خدمات و عدم کارایی‌ها گسیختگی عمیقی ایجاد می‌شود. همانطور که در فصل ۷ اشاره شده دولت‌ها ممکن است با چالش‌هایی در یکی کردن مزایا برای افراد تحت پوشش بیمه‌ها در یک سیستم مجرد مواجه شوند.

پیشرفت‌های اخیر تعریف بیمه درمان اجتماعی را تعدیل کرده است. کشورهای در حال توسعه با هدف پوشش همگانی افراد بیمه‌های درمان اجتماعی را آغاز نمودند اما تحقق این امر در آینده نزدیک غیر ممکن است. با این وجود برنامه بیمه درمان اجتماعی یک غالب جامع فراهم کرده است که به موجب آن هر فرد می‌تواند سرانجام بیمه شود. در شروع بعضی از مردم به صورت اختیاری ثبت نام می‌کنند چرا که بیمه درمان اجتماعی فاقد توانایی مجبور کردن کلیه افراد مرفه به پرداخت برای بیمه است. گروه‌های داوطلب به طور معمول شامل کشاورزان و کارگران غیر فقیر بخش غیر دولتی هستند.

در دراز مدت زمانی که یک کشور توسعه اقتصادی اجتماعی بیشتری می‌یابد و بخش زیادی از افراد جامعه استخدام دولتی می‌شوند بیمه درمان اجتماعی همگانی شده و تمام افراد غیر فقیر جامعه مجبور به ثبت نام در این نظام می‌شوند.

۳-۲-۱. جهت‌گیری‌های اصلی پیش از ایجاد برنامه بیمه درمان اجتماعی یک برنامه موفق بیمه درمان اجتماعی نیازمند جهت‌گیری‌های عمده‌ای می‌باشد.

۳-۲-۱-۱. انگیزه دمی به مردم برای پرداخت حق بیمه مردم برای قبول و پرداخت هزینه بیمه درمان اجتماعی حتی در نظام‌های اجباری باید انگیزه کافی داشته باشند. کسانی برای پیش پرداخت هزینه‌های درمانی انگیزه خواهند داشت که در حال حاضر برای خدمات درمانی هزینه بپردازند. اگر خدمات بخش دولتی کافی و با کیفیت مطلوب به صورت رایگان یا نیمه رایگان در اختیار مردم باشد در این صورت مردم چه دلیلی برای ثبت نام و پرداخت‌های هزینه‌های بیمه درمان اجتماعی خواهند داشت؟ مردم تمایلی به پرداخت برای بیمه درمان اجتماعی ندارند مگر این‌که هزینه‌ها بالا باشد و یا اگر بیماران برای خریداری داروها و سایر ملزومات پزشکی پول مستقیم بپردازند و یا خدمات

دولتی آنقدر ضعیف باشند که بسیاری از بیماران ناگزیر به بخش خصوصی و پرداخت‌های مستقیم رو بیاورند.

مقایسه تجربه کشور غنا و تانزانی می‌تواند آموزنده باشد. در سال ۱۹۹۹ کشور غنا نظام دریافت خدمات در قبال پرداخت برای آنها را بکار گرفت (شیوه پرداخت وجه برای دریافت خدمات) و بیماران برای خدمات دریافتی مبالغ نسبتاً بالایی می‌پرداختند. در نتیجه برنامه‌های پیش پرداخت داوطلبانه سازمان‌هایی نظیر سازمان تعاون سلامتی جامعه محور (MHO) رشد کردند و از ۴ سازمان تعاونی در سال ۱۹۹۹ به ۱۵۷ سازمان در سال ۲۰۰۲ رسیدند. در سال ۲۰۰۳ غنا قادر به گذراندن قانون استقرار بیمه درمان اجتماعی به طور وسیع در کشور بود که با تاکید بر سازمان‌های تعارونی عمل می‌کرد. در مقابل تانزانی پرداخت‌های بالایی برای مصرف کنندگان ایجاد نکرده بود. از سال ۱۹۹۶ تانزانی تلاش‌هایی در جهت ایجاد و ثبت نام از مردم برای شرکت در بیمه بخشی نمود دولت تا ۵۰ درصد سوبسید بابت حق بیمه‌ها بر اساس سطح درآمد پرداخت می‌نمود با این حال هنوز سطح زیر پوشش بیمه ناچیز بودند و بین ۵ تا ۲۰ درصد از مردم واجد شرایط که بیشتر سالمندان و بیماران بودند را شامل می‌شد.

۲-۳-۱. گواهی نامه ارائه دهندگان دارای صلاحیت

در ملل در حال توسعه همواره توجه به بخش خصوصی از لحاظ کیفیت و ایمنی فعالیت‌های بهداشتی درمانی بسیار ناچیز بوده است و این بخش با برقراری حداقل استانداردها مانند گواهی نامه‌های اجازه کار فعالیت می‌کند. با اخذ پروانه اولیه کار ایمنی و کیفیت واقعی خدمات بهداشتی و درمانی کنترل نشده و قانونمند نشده باقی می‌ماند. در نواحی روستایی دستفروشان دارویی و پزشکان سنتی آزادانه کار می‌کنند چرا که قوانین محکمی علیه آنان ایجاد نشده است. به علاوه دولت‌ها به ندرت به تسهیلات خصوصی برای شفاف سازی عملیات مالی یا تجهیز تسهیلات جدید و نظام‌های اطلاعات پزشکی نیاز دارند. تحت هر یک از این شرایط کیفیت بخش خصوصی بسیار متغیر است و آشکار سازی کلاهبرداری‌ها و قیمت‌های جبری زمانی که بیمه درمان اجتماعی پرداخت کننده مطالبات باشد مشکل است.

تامین خدمات بهداشتی درمانی دولتی نیز با مشکلاتی روبه‌رو است. دولت‌ها تسهیلات عمومی را با ابزار قوانین بوروکراتیک اداره می‌کنند که این قوانین تمایلی برای شامل شدن روش‌های نوین حسابداری، مالی و نظام‌های اطلاعاتی بالینی ندارند. متوسط کیفیت تسهیلات دولتی بالینی از خصوصی بالاتر می‌باشد اما هیچ گاه خیلی بالا تر نیست. این تفاوت‌ها قبل از



اجرا یا همزمان با اجرای بیمه درمان اجتماعی قابل برطرف شدن است تا حمایت‌های دولتی پایدار بماند و نقش آن در اطمینان دهی به برقراری کیفیت خدمات درمانی باقی باشد و عملیات مالی دولتی باقی بماند.

مدیریت بیمه درمان اجتماعی باید خدمات بهداشتی و درمانی را برای بیمه شدگان محتاطانه خریداری کند. یک خریدار محتاط باید اطمینان یابد که خدمات و داروهای مورد نیاز بر اساس استانداردهای معین در اختیار افراد قرار می‌گیرند به همین اندازه مهم است که بیمه درمان اجتماعی قادر باشد مطالبات متقبلانه و تقاضای غیر ضروری برای خدمات پزشکی، دارویی یا تست‌های آزمایشگاهی و غیره را را شناسایی کند. شرایط بازار خدمات بهداشتی درمانی اغلب بیمه درمان اجتماعی را ملزم به رعایت ایمنی بیشتر در کیفیت، مسائل مالی و بازرسی استانداردها و رای آنچه که موجود است می‌کند و به همین دلیل باید خریدار، محتاط و مسئول باشد. تحت این شرایط این بیمه ملزم است تا استانداردهای جدید و مکانیسم‌های اجرایی برای اطمینان یافتن از ایمنی و کیفیت خدمات درمانی را به اجرا درآورد. ارائه خدمات به بیمه‌گذاران را نیز به هر دو اجرا بگذارد. استقرار استانداردها و نظام اجرایی آن باید از اولویت‌های ابتدایی کار باشد و قبل از اجرای بیمه درمان اجتماعی به اجرا درآید.

۳-۲-۱. رشد سریع اقتصادی

همانطور که قبلاً اشاره شده است، رشد سریع اقتصادی عامل قابل توجه مهمی در برنامه بیمه درمان اجتماعی و رسیدن به پوشش همگانی جمعیت می‌باشد. هزینه‌های بهداشتی درمانی با سرعت در حال افزایش است که به دلیل تورم، افزایش انتظارات و گرانی داروها و تکنولوژی جدید می‌باشد. با وجود این که میزان دستمزدها به سرعت افزایش می‌یابد ولی حق بیمه باید مکرراً افزایش یابد. در ضمن در دولت هم باید افزایش درآمد حاصل شود تا سوبسیدها افزایش یابد و حق بیمه فقرا پرداخت شود و پوشش جمعیت گسترش یابد.

به علاوه رشد سریع اقتصادی تاثیرهای مثبتی بر ثبت نام افراد در بیمه درمان اجتماعی دارد بطوری که:

الف) می‌تواند افراد را از سطح فقر بالا بکشد که به معنی آن است که اغلب مردم قادر به پرداخت هزینه‌های حق بیمه خود خواهند بود

ب) کارکنان بیشتری را به سمت بخش دولتی سوق می‌دهد که منجر به افزایش شمار بیشتری از مردم در بیمه اجتماعی می‌شود.

ج) درآمدهای عمومی دولت افزایش می‌یابد که به معنی پرداخت بیشتر برای سوبسیدهای فقرا است.

د) تمایل به افزایش ظرفیت مدیریتی دولت در جمع‌آوری مالیات‌ها و حق بیمه ایجاد می‌شود. رشد سریع اقتصادی می‌تواند یک کشور را قادر سازد تا به پوشش همگانی جمعیت دست یابد.

۲. طراحی و اجرای بیمه درمان اجتماعی

بیمه درمان اجتماعی باید به گونه‌ای طراحی شود که تنها شامل مزایای تعلق گرفته به افراد بیمه شده نباشد بلکه باید برای افراد قابل پرداخت باشد و در طی زمان باقی بماند. به‌علاوه باید به شیوه‌هایی اجرا شود که به ظرفیت نظام بهداشتی درمانی اضافه نکند ولی طوری تنظیم شود که ضامن کیفیت ارائه شده به افراد باشد.

۲-۱. طراحی بیمه درمان اجتماعی

بیمه درمان اجتماعی ابزاری است برای رسیدن به اهدافی گوناگون نظیر به جریان انداختن سرمایه‌های بیشتر برای بهداشت و درمان، ارتقای دسترسی عادلانه به خدمات قابل قبول برای مستمندان، ادغام خطرات سلامتی و پیشگیری از بینوایی و توسعه و بهبود کارایی و کیفیت خدمات درمانی.

طراحی بیمه درمان اجتماعی اساساً با به حداکثر رساندن مزایای اجتماعی تحت محدودیت‌های مالی و سیاسی درگیر است. سیاستگذاران برای پیگیری و دنبال کردن اهداف بیمه درمان اجتماعی باید در مورد هفت گروه سئوالات عمده متصل به هم تصمیم‌گیری نمایند برای مثال سیاستگذاران باید بین هدف پوشش هر چه بیشتر فقرا و هدف ارائه بسته کاملی از خدمات و مزایای بیمه‌ای سبک و سنگین نمایند. در ضمن هزینه بسته مزایای بیمه با چگونگی عقد قرارداد برای پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط می‌باشد. در زیر هفت گروه عمده سئوالات آمده است. سه سؤال نخست با تعیین چگونگی ترکیب شرکت‌کنندگان، فقرا و افراد خویش‌فرمای غیر مستمند مرتبط است. چهار سؤال بعدی مربوط به تعیین بسته

خدمات بهداشتی درمانی، ظرفیت مالی پوشش مزایا و گستره پوشش خدمات برای نیل به هدف پوشش همگانی، اداره کنندگان بیمه درمان اجتماعی و بهبود نظام ارائه خدمات به شکلی که خدماتی کارآ و با کیفیت در اختیار مردم قرار گیرد، می‌باشد.

۱. چه تعداد از مردم می‌توانند تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی قرار گیرند، چه کسانی باید در این گروه قرار گیرند و روش جمع آوری حق بیمه از این افراد باید به چه صورتی باشد؟ حق بیمه پرداختی بیمه شدگان منبع تجدیدی برای فراهم کردن سرمایه‌های این بیمه بوده که خطرات سلامتی این افراد ادغام می‌کند.
۲. فقرا و مستمندان چگونه تعریف می‌شوند، چه تعداد از فقرا باید سوبسید دریافت کنند، سوبسید چگونه باید هدف‌گذاری شود، این مبلغ چه مقدار باید باشد؟ و چگونه تامین مالی شود؟ پاسخ به این سئوالات بودجه دولت را برای تامین سرمایه فقرا مشخص می‌کند، چه تعداد از فقرا باید دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی داشته باشند و چه حیطه‌ای از سلامتی را در بر می‌گیرد؟
۳. خویش‌فرمایان غیر نیازمند و کارکنان بخش غیر دولتی چگونه در این بیمه قرار می‌گیرند و چگونه حق بیمه آنها جمع آوری می‌شود؟ تصمیمات مربوط به این موضوع تعیین می‌کنند که آیا یک کشور قادر خواهد بود به پوشش همگانی برسد و همچنین آیا پتانسیل لازم برای کاهش مطالبات تقبل‌ی را داشته است چرا که کسانی که تحت پوشش نیستند اغلب کارت بیمه افراد پوشش شده را قرض گرفته و از خدمات این نظام بهره می‌گیرند.
۴. بسته مزایای دریافتی برای هر گروه شامل چه مواردی است و هزینه هر کدام به چه صورت است؟ این تصمیمات تعیین می‌کنند که میزان حق بیمه برای افراد تحت پوشش این بیمه چقدر می‌باشد، بودجه دولتی مورد نیاز برای فقرا چقدر باشد و دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی و حمایت‌های بیمه چقدر است.
۵. ظرفیت مالی کشور برای سرمایه‌گذاری برای مستمندان و افراد ضعیف جامعه جهت رسیدن به پوشش همگانی چقدر است و برنامه زمانی برای این پروژه چه مقدار است؟ برای هر برنامه سیاستگذاران استراتژی بلند مدتی ترتیب داده و گام‌های نیل به همگانی شدن را مشخص نموده‌اند.
۶. نظارت بر بیمه درمان اجتماعی چگونه باید باشد؟ آیا آژانس بیمه درمان اجتماعی باید دولتی باشد، نیمه دولتی، یا خصوصی غیر انتفاعی باشد؟ بهترین و ماندنی ترین ساختار

مدیریتی برای بیمه درمان اجتماعی کدامست؟ تصمیمات در این بخش بر کارآیی و اثربخشی عملیات بیمه درمان اجتماعی تاثیر گذار است.

۷. بیمه درمان اجتماعی چگونه می‌تواند ارائه خدمات بهداشتی درمانی را توسعه دهد؟ ارائه دهندگان خدمات چگونه باید عقد قرارداد کنند و به آنها پرداخت صورت گیرد؟ تصمیمات این حوزه بر کارآیی، هزینه و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به نوبه خود به سلامت مردم، میزان حق بیمه و و بودجه دولتی برای سوبسید دهی به اقشار نیازمند تاثیر می‌گذارد

۱-۲-۱. تعیین گروه‌های جمعیتی واجد شرایط

موفقیت یک بیمه درمان اجتماعی عمیقاً با توانایی برای ثبت نام و جمع آوری حق بیمه از مردم و توانایی دولت در پرداخت سوبسید برای فقرا ارتباط دارد قانون کسانی که صلاحیت ثبت نام و پرداخت حق بیمه دارند و کسانی که باید سوبسید دریافت کنند را تعیین می‌کند. بیمه درمان اجتماعی در کشورهای در حال توسعه به طور معمول مردم را به سه گروه تقسیم می‌کند. ثبت نام کنندگان و پرداخت کنندگان اجباری، ثبت نام کنندگان و پرداخت کنندگان داوطلب و سوبسید گیرندگان جزئی یا کلی. حق بیمه و بسته مزایای دریافتی برای هر گروه تفاوت می‌کند. این بخش به تعریف و شفاف سازی این موضوع پرداخته و پوشش خدمات را برای این سه گروه توضیح می‌دهد.

دولت می‌تواند کارفرمایان بخش دولتی را به ثبت نام و پرداخت حق بیمه برای کارکنان خود و خانواده‌های آنان مجبور کند. خویش فرمایان غیر مستمند مانند کشاورزان و کارگران بخش غیر دولتی ممکن است به گونه‌ای متفاوت مورد عمل قرار گیرند از آنجا که دریافت حق بیمه اجباری از این افراد کار مشکلی است در کشورهای در حال توسعه اغلب ثبت نام این افراد به صورت داوطلبانه است. فقرا و نیازمندان به طور کامل کمک دولتی دریافت می‌کنند و افراد نسبتاً نیازمند به طور نیمه از خدمات سوبسیدی دولت بهره می‌گیرند.

برای روشن شدن وضعیت پوشش جمعیت در چهار گروه جمعیتی کشور اوگاندا انتخاب شده است. همان طور که جدول ۱-۲ نشان می‌دهد تنها حدود ۱۰ درصد یا ۸۰۰ هزار از کارکنان اوگاندا برای دولت یا شرکت‌های با ۱۰ کارفرما یا بیشتر کار می‌کنند، جمعیت فقیر ۵۰ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و افراد نسبتاً نیازمند نیز تقریباً ۲۰ درصد جمعیت را می‌سازند.

جدول ۱-۲ اوگاندا: وضعیت استخدامی و درآمد در جمعیت در حال کار این کشور (۲۰۰۰-)

(۱۹۹۹)

درآمد استخدام	بالا	متوسط	کم/فقر	کل جمعیت فعال اقتصادی
استخدام در بخش عمومی				
دولتی	۲۵۰/۰۰۰	۲۳۲/۰۰۰	---	۲۵۷/۰۰۰
خصوصی				
کلر فرما با بیش از ۱۰ نفر کارگر	۱۱۰/۰۰۰	۳۵۸/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰	۵۶۸/۰۰۰
کارفرما با کمتر از ۱۰ کارگر	۳۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰	۳۹۸/۰۰۰	۶۲۸/۰۰۰
استخدام در بخش غیر دولتی و خویش فرما	۸۰/۰۰۰	۲۰۰/۰۰۰	۵۳۷/۰۰۰	۸۱۷/۰۰۰
کشاورز/صیاد	۲۵۰/۰۰۰	۷۵۰/۰۰۰	۴/۷۶۰/۰۰۰	۵/۷۶۰/۰۰۰
کل	۴۱۵/۰۰۰	۱/۷۴۰/۰۰۰	۱/۷۹۵/۰۰۰	۸/۰۳۰/۰۰۰

جمعیت اوگاندا در سال ۱۹۹۹/۲۰۰۰: ۲۱/۴۲۴/۰۰۰

این آمار نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد از خانوارها برای بیمه اجتماعی باید پرداخت نمایند اما ثبت نام ۱۰ درصد جمعیت مزایای مهمی برای افراد فقیر جامعه دارد. این ۱۰ درصد احتمالاً در مناطق شهری زندگی کرده و مصرف کننده قریب به ۳۵ درصد از سرمایه‌های بر پایه مالیات دولت در بخش بهداشت و درمان هستند. با طراحی یک نظام بیمه درمان اجتماعی مناسب این خانوارها برای مخارج بهداشتی درمانی خود حق بیمه پرداخت می‌کنند و پولی که دولت قبلاً برای آنها خرج کرده در واقع صرف حق بیمه نیازمندان می‌شود.

۲-۱-۲. جمعیت تحت پوشش برنامه اجباری

ثبت نام و جمع آوری حق بیمه از کارکنان استخدامی که به طور رسمی ثبت نام کرده و در سازمان‌های بزرگی چون بانک‌ها و شرکت‌های صنعتی به نسبت آسان می‌باشد چرا که این کار اغلب به وسیله بخش دولتی صورت می‌گیرد. این کارفرمایان باید مستندات دقیق و قابل اطمینانی از دستمزد کارکنان داشته باشند و بیمه درمان اجتماعی با تاکید بر این مستندات حق بیمه را جمع آوری می‌نمایند در غیر این صورت بسیاری از این کارکنان و کارفرمایان آنها از پرداخت حق بیمه می‌گریزند. البته انتخاب‌های گوناگون یک مسئله بحرانی را برای کارکنان بخش دولتی ایجاد می‌کند. برای غلبه بر این امر بیمه درمان اجتماعی باید انگیزه‌هایی در کارکنان ایجاد کند تا با رغبت از کارفرما بخواهند در این برنامه شرکت کنند و سهم بیمه خود را بپردازند (بیمه خصوصی گروهی هم باید انتخاب گوناگون را به همین صورت کم کند). کلمبیا، غنا، کنیا، فیلیپین و تایلند همگی بیمه درمان اجتماعی را به صورتی طراحی نموده‌اند که کارفرما نیمی یا کمی بیشتر از حق بیمه را می‌پردازد.

گزینه از پرداخت حق بیمه مشکل جدی برای کارکنان در مشاغل کم جمعیت و کوچک است. نسبت زیادی از این افراد از پرداخت‌ها ناراضی هستند به ویژه کارکنان با درآمد بالا که سهم مشارکت بالایی دارند و حق بیمه بر اساس درصدی از دستمزد کسر می‌شود. تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که گزینه از پرداخت حق بیمه چالش عمده در اجرای موفقیت آمیز بیمه درمان اجتماعی است. برای مثال در یک مطالعه مشاهده شده که ۱۰ سال بعد از اجرای بیمه درمان اجتماعی ۳۵ درصد از مردم کلمبیا که باید حق مشارکت بیمه را بپردازند از انجام آن هنوز سرباز زده و طفره می‌روند.

مشارکت اجباری در بیمه اجتماعی، مفهومی اقتصادی داشته برای نمونه آیا هر مشارکت کننده تاثیر منفی بر بازار نیروی کار و رشد اقتصادی خواهد داشت؟ کارفرمایان از پرداخت برای انواع مختلف کارکنان راضی می‌باشند و شاید علاقه‌ای نداشته باشند که پرداخت‌ها به شکل برداشت از دستمزد باشد یا مزایای حاشیه‌ای داشته باشد. چه مقدار از سهمی که کارفرمایان پرداخت می‌کنند به کارکنان باز می‌گردد و به صورت کاهش دستمزد دریافتی به دلیل شرایط بازار کار مانند فشارهای اتحادیه کارگران نشان داده می‌شود؟ در کشورهایی که اتحادیه کارگران نقش ضعیفی دارند مطالعات تجربی آشکار نمودند که در میان مدت کارکنان

بیشترین سهم پرداخت بیمه درمان را می‌پردازند که یا مستقیماً صورت می‌گیرد و یا با کاهش میزان دستمزدها رخ می‌دهد. اگر حق بیمه‌ها برای کل هزینه‌های کارکنان موثر نباشد تأثیر بیمه اجتماعی بر بازار کار و توسعه اقتصادی به حداقل می‌رسد. البته اگر حق بیمه کسر شده از دستمزد بالا باشد باعث کاهش عرضه کار توسط کارکنان می‌شود و همزمان اگر کارفرمایان نتوانند هزینه‌های حق بیمه‌ها را از طریق کارکنان جبران کنند تقاضا برای نیروی کار کم می‌شود. این تأثیرهای منفی بر بازار کار می‌تواند رشد اقتصادی را کاهش دهد.

۳-۱-۲. جمعیت تحت پوشش سوبسید دولتی

نیازمندان قدرت پرداخت حق بیمه را ندارند، بنابراین دولت باید برای افراد فقیر و کم درآمد سوبسید در نظر بگیرد. در تمام کشورها با راه اندازی بیمه درمان اجتماعی دولت‌ها برای تأمین حق بیمه فقرا سوبسید در نظر می‌گیرند. در کشورهای کم درآمد درصد جمعیت نیازمند بسیار بالا است مثلاً در کنیا ۵۰ درصد جمعیت، کلمبیا ۴۹ درصد، غنا ۴۰ درصد، فیلیپین ۳۷ درصد و ۱۲ درصد در تایلند در فقر به سر می‌برند. سوبسید دهی برای بیش از یک سوم جمعیت نیازمند بودجه بالایی می‌باشد. در نتیجه کشورهای در حال توسعه بیمه درمان اجتماعی را با امید این‌که اقتصادشان طی زمان رشد کرده و جمعیت کمتری نیازمند سوبسید باشند طراحی می‌کنند چنانکه در کشور کره و تایوان صورت گرفت.

برای سوبسید دهی به فقرا لازم است ابتدا تعریف شود چه کسی فقیر است و یا نسبتاً فقیر است و سپس روشی جهت تشخیص این افراد به صورت منصفانه و دقیق مشخص شود. به طور معمول برای تشخیص نیازمندان از تست‌های درآمدی بهره می‌گیرند و ارزیابی دقیق کسانی که صلاحیت دریافت سوبسید را دارند مستلزم روش‌های پیچیده و بررسی‌های دقیق‌تر داده‌های درآمدی است. طراحان نظام بیمه درمان اجتماعی باید تعادلی بین پیچیدگی‌های اداری (و هزینه‌های آن) و پیشگیری از تقلب برقرار نمایند. گاهی از اوقات کارکنان محلی که دارای قدرت در پرداخت سوبسیدها هستند مسیر کار را به انحراف و فساد کشانده و سوبسیدها را به سمت بستگان، دوستان و سایر منابع سیاسی مورد نظر خود سوق می‌دهند. غنا و فیلیپین تعیین صلاحیت افراد برای دریافت سوبسید را بر عهده دولت‌های بخشی قرار داده‌اند لیکن با اشتباهات سهوی شدید از سمت شرکت بیمه درمان اجتماعی همراه بوده است. کلمبیا بر برنامه استنادی و سیستماتیک خود تأکید داشته که به نام SISBEN شناخته می‌شود، که به صورت دوره‌ای به طبقه‌بندی و بررسی اطلاعات خانوارها در شش سطح درآمدی می‌پردازد. بعضی

کشورها به جای تست‌های درآمد، به سادگی با انتخاب گروه‌های قابل شناسایی از اکثریت اعضایی که فقیر هستند جهت پرداخت سوبسیدها استفاده می‌کنند. مثال‌های از این قبیل شامل کشاورزان در مناطق خاص فقیر، افراد مقیم نواحی محروم، سالمندان، کودکان بی سرپرست و افراد معلول می‌باشد. برای مثال در غنا کودکان و سالمندان سوبسید می‌گیرند این روش ممکن است مزایای داشته باشد چرا که این راه کسری سوبسید را کم کرده و متحمل هزینه‌های اداری کمتری می‌شود.

مقدار سوبسید به حق بیمه‌ها بستگی دارد. حق بیمه برای فقرا به مزایای دریافتی آنان و کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنند مرتبط است. بسته پایه مزایای دریافتی باید هزینه‌های آماری را در طراحی بکار گرفته تا بودجه لازم برای بسته خدماتی تعیین شود. ایجاد تعادل در طراحی بسته مزایای دریافتی با در نظر داشتن هزینه‌های آن یکی از مسائل حیاتی در تاسیس بیمه درمان اجتماعی به شمار می‌رود. رهبران سیاسی همواره خواهان آن هستند که بیشترین مزایا را به مردم بدهند اما کمترین هزینه را بکنند. در نتیجه کشورها اغلب بسته پایه خدماتی را طراحی می‌کنند و در قانون بیمه درمان اجتماعی قرار می‌دهند اما بدون قید هزینه‌ها و بودجه آن، که شاید تعیین هم نشده باشد در نتیجه قانون حاصله خالی از هر وعده و قول برای اجرا بوده چرا که سرمایه‌ای ندارد.

کلمبیا، غنا و کنیا مثال‌های خوبی از این موضوع هستند. کنیا فرایند ناخوشایندی را برای تطبیق با مزایای وعده داده شده و پرداخت بودجه لازم برای آن متحمل شد. کشورها اغلب باید توافق کنند و مزایای کمتری از آنچه قول داده‌اند یا پیش بینی کرده‌اند را برای فقرا در نظر بگیرند. کلمبیا قانونی وضع نموده که بر اساس آن به همه افراد مزایای مشابهی تعلق می‌گیرد اما در طول مرحله اجرا دولت باید با واقعیت‌های هزینه‌های هر برنامه واحد مواجه شده و یک سوم مزایا را تسویه کند.

۴-۱-۲. پوشش افراد غیر فقیر خویش فرما و کارگران بخش غیر دولتی

توسعه یافتن بیمه درمان اجتماعی جهت پوشش دادن به افراد غیر فقیر، خویش فرما و کارفرمایان در بخش غیر دولتی بزرگترین چالش را برای بیمه درمان اجتماعی ایجاد کرده است بطوری که این افراد چون برای سازمانی کار نمی‌کنند کسر حق بیمه از حقوق آنها امکان ندارد. خویش فرمایان شامل کشاورزان، ماهی گیران، صیادان، مغازه داران و کارگران روز مزد می‌باشد. کارفرمایان بخش غیر دولتی شامل دوشیزگان پیش خدمت در منازل دیگران، پیش خدمت‌های

غذاخوری‌های کوچک، افراد اجیر شده در مغازه‌های کوچک می‌باشد. درآمد خانوارهای فوق بالای خط فقر است و لذا باید برای خدمات بیمه‌ای حق بیمه پردازند. از این افراد فقیر نیستند با این حال به دلیل کم بودن درآمدشان نسبت به کارگران بخش دولتی لذا در پرداخت حق بیمه مشکل دارند. اغلب دولت برای ایجاد انگیزه در این گروه از افراد برای بهره‌گیر از خدمات بیمه‌ای به آنان نیز باید سوبسید پردازد که به معنی این است که دولت باید متعهد به پرداخت مقدار قابل توجهی برای سوبسید دهی به کارگران بخش غیر دولتی و خانواده‌هایشان شده تا بیمه درمان اجتماعی همگانی شود.

ثبت نام کشاورزان و فروشنده‌گان در مناطق روستایی مشکل می‌باشد. کشورها برای ثبت نام این گروه‌ها راه‌های مختلفی را بکار گرفته‌اند. برنامه‌های پیش پرداخت جامعه محور در چین، غنا، کلمبیا، هندوستان و تانزانیا بکار گرفته شده است. به نظر می‌رسد در این مورد وعده‌هایی به خصوص در چین و غنا داده شده است.

۵-۱-۲. تعیین سطح مزایای مورد نظر

یک سیاست کلیدی در طراحی بیمه درمان اجتماعی این موضوع است که چه خدماتی توسط بسته خدماتی بیمه باید پوشش داده شود. هزینه‌ها مستقیماً با جامع بودن بسته مزایا در ارتباط قرار دارد. این موضوع سئوالاتی در مورد این‌که چه خدماتی قابل پرداخت برای اکثریت مردم هستند را مطرح می‌کند. برای مثال کارگران خویش فرما ممکن است نتوانند برای همان خدماتی پرداخت کنند که کارکنان و کارفرمایان دیگر توانایی پرداخت آن را دارند. این موضوع اغلب انتخاب بین دو مورد مزایای جامع ولی کمتر در مقابل هزینه کمتر مزایا اما پوشش افراد بیشتر را ایجاد می‌کند.

زمانی که در یک کشور بیمه درمان اجتماعی ایجاد می‌شود دولت آن کشور اغلب قادر نیست که سرمایه‌های مالیاتی کافی برای مزایای بیمه‌ای افراد فقیر را به اندازه افراد دیگر تخصیص دهد. در نتیجه خویش‌فرمایان و فقرا نسبت به کارکنان بخش دولتی اغلب بسته مزایای کمتری را دریافت می‌کنند. در پنج کشور مورد مطالعه همه کشورها به جز فیلیپین بسته مزایای متفاوتی برای گروه‌های مختلف جمعیت داشته‌اند بطوری‌که فقرا مزایای کمتری دریافت می‌دارند. در فیلیپین بیمه درمان اجتماعی برای فقرا استراتژی انتخاباتی ریاست جمهوری بود تا از فقرا رای جمع آوری شود لذا مزایای جامع به آنان تعلق می‌گیرد. به‌علاوه فقرا تنها گروهی هستند که مزایای سرپایی نیز دریافت می‌کنند.

در طراحی بسته خدماتی قابل پرداخت، سئوالی مطرح می‌شود که چه خدماتی باید در این بسته قرار گیرد. ادبیات دانشگاهی معتقد است که برای قرار دادن یا حذف یک خدمات باید مطالعات هزینه اثربخشی انجام گیرد. در واقع یک بسته خدماتی نمی‌تواند بر پایه مطالعات حاضر هزینه اثربخشی قرار بگیرد چرا که این حوزه هنوز در مراحل ابتدایی توسعه می‌باشد. مطالعات حاضر هزینه اثربخشی تنها یک هدف بهداشتی درمانی را مورد نظر قرار داده‌اند کلاً جلوگیری از خطرات مالی را نادیده گرفته‌اند. ضمناً مزایای بیمه درمان اجتماعی باید دو مقصود اجتماعی را لحاظ نماید. ایجاد سلامتی و پیشگیری در برابر فقر ناشی از هزینه‌های خدمات پزشکی.

۱-۲. ارزیابی ملزومات مالی جهت تأمین بیمه درمان اجتماعی و رسیدن به پوشش همگانی موضوع تکنیکی عمده برای امکان پذیری و بقای بیمه درمان اجتماعی به هزینه‌های آن بستگی دارد و این‌که آیا سرمایه کافی برای آن مهیا می‌باشد. از آنجا که هدف استقرار بیمه درمان اجتماعی همگانی شدن، دسترسی برابر به خدمات مورد نیاز است، سرمایه‌های مالیاتی برای تأمین مالی آن بطور جلوگیری کننده‌ای بالا می‌باشد. برنامه‌ریزی برای بیمه درمان اجتماعی قابل تحمل دوره‌های متعدد آنالیز را نیاز دارد که هر یک به دقت تعیین شود که چه کسانی صلاحیت دارند که تحت پوشش قرار گیرند، توصیفی تفصیلی از بسته مزایای واقعی و آنالیز آماری هزینه‌های آن را داشته باشد و ارزیابی از چگونگی تأمین مالی هزینه نیز داشته باشد. این فرایند زمانی ارزشمند است که بررسی واقعی انجام دهد.

کشور کنیا نشان داد که چالش‌های مالی در دولت داشته است. قانون تمایل به ایجاد بیمه درمان اجتماعی همگانی داشته است. کارگران بخش دولتی درصدی از دستمزد خود را برای پوشش کل هزینه حق بیمه خود پرداخته و سایرین حق بیمه ثابتی را می‌پردازند. برنامه‌های دولت ۱۱ درصد بها علاوه بر مالیات را برای سوبسید دهی به فقرا وضع نموده است که فقرا این کشور حدود ۳۰ درصد جمعیت‌اند. با این‌که رئیس جمهوری کنیا قانون بیمه درمان اجتماعی را پیشنهاد کرده و مجلس آن را پذیرفته لیکن رئیس جمهوری در امضای این قانون تاخیر نشان داده چرا که مطمئن نیست میزان مشارکت‌ها برای سرمایه‌گذاری این بیمه در دراز مدت کافی باشد.

غنا بیمه درمان اجتماعی را در سال ۲۰۰۳ راه اندازی نمود و قوانینی برای روشن شدن آن در سال ۲۰۰۴ وضع نمود. استراتژی غنا با کنیا متفاوت می‌باشد. برنامه غنا برای ثبت نام ۲۰

درصد از کل جمعیت طی سه سال و ۵۰ درصد در ۱۵ سال می‌باشد. به نظر می‌رسد این اهداف بسیار واقع بینانه باشد اما آیا برنامه جامعه محور بیمه درمان این کشور می‌تواند بر مشکلات ثبت نام و پوشش دهی فقرا، کشاورزان غیر فقیر و کارکنان بخش غیر دولتی را برای رسیدن به ۵۰ درصد پوشش به انجام برساند.

فیلیپین قانون بیمه درمان اجتماعی و استقرار آن را در سال ۱۹۹۵ انجام داد با این هدف که در سال ۲۰۰۵ به پوشش همگانی برسد اما هنوز ۴۰ درصد جمعیت این کشور تحت پوشش این بیمه قرار ندارند. اغلب این افراد غیر فقیر، خود اشتغال و کارکنان بخش غیر دولتی‌اند دولت به تازگی بیان داشته که هدف پوشش همگانی تا سال ۲۰۱۰ را در برنامه دارد.

کلمبیا بیمه درمان اجتماعی را در ۱۹۹۳ اجرا نمود تا هدف پوشش همگانی در کوتاه ترین زمان با حفظ بسته مزایای فقرا که ۴۰ درصد جمعیت این کشور را می‌سازند به صورتی که فقرا بتوانند نیمی از مزایای متعلق به کارکنان استخدامی را شامل شوند. با این حال ۱۱ سال بعد تنها ۶۷ درصد از جمعیت ثبت نام شده بودند. تعداد زیادی از افراد کم درآمد و کارکنان بخش غیر دولتی تحت پوشش بیمه قرار نگرفتند.

تایلند به تازگی به بیمه همگانی دست یافته است. کاندیدای موفق سال ۲۰۰۱ پوشش همگانی بیمه درمان اجتماعی را در صدر وعده‌های انتخاباتی خود قرار داده بود. در انتخابات سابق بر آن نخست وزیر سرمایه‌های کافی برای حق بیمه فقرا، افراد کم درآمد و شاغلین بخش غیر دولتی تخصیص داده بود. با این حال بسته خدمات دریافتی آنان کمتر از کارکنان استخدامی بخش دولتی بود.

در واقع کشورهای در حال توسعه در صورتی که رشد اقتصادی سریعی داشته باشند در طی دو یا سه دهه به پوشش همگانی جمعیت دست می‌یابند. بیمه درمان اجتماعی در ابتدا کارکنان دولت، کارکنان بخش دولتی و فقرایی که کامل سوبسید می‌گیرند را پوشش داده و سپس بعد قدم به قدم پیش رفته تا کل جمعیت را تحت پوشش قرار دهد. تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که بیمه درمان اجتماعی در کشورهای در حال توسعه می‌تواند به شکل موثری برای کارکنان بخش دولتی باضافه کسانی که سوبسید کامل از بودجه دولت دریافت می‌کنند مانند فقرا و اقشار کم درآمد به اجرا درآید. ثبت نام و اخذ حق بیمه از کارکنان غیر نیازمند در بخش دولتی و کشاورزان عمده ترین موانع پوشش همگانی می‌باشند. به نظر می‌رسد که پوشش همگانی تنها زمانی حاصل می‌شود که اقتصادی یک کشور رشدی معادل سرانه ۳۰۰۰ دلار امریکا در سال داشته باشد.

جدول ۲-۲ چگونگی طراحی بیمه درمان اجتماعی در پنج کشور مورد بررسی را خلاصه نموده است و جمعیت تحت پوشش سه نظام اجباری، تمام سوسید و ثبت نام اختیاری خویش فرمایان غیر نیازمند و کارکنان بخش غیر دولتی را نشان می‌دهد. هزینه بیمه درمان اجتماعی عمیقاً توسط طراحی بسته خدمات و مزایا تعیین می‌شود.

جدول ۲-۲ مقایسه گروه‌های جمعیتی تحت پوشش

موضوع طراحی	کوبا	غنا	تایلند	فیلیپین	کلمبیا
درصد جمعیت تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی در حال حاضر	۲۰٪ (در صندوق بیمه بیمارستانی)	۲۰٪ (طی سه سال)	۱۰۰٪	۶۰٪	۶۷٪
درصد جمعیت مشارکت کننده	۲۰٪	اطلاعات موجود نیست	۳۵٪	۳۰٪	۳۰٪
درصد جمعیت فقیر	۵۰٪	۴۰٪	۱۷٪	۲۷٪	۵۰٪
درصد جمعیت تمام سوسید کبیده	هنوز انجام نشده	سالمندان، کودکان و اندکی از فقرا (کمتر از ۱/۵ درصد از هر بیمه درمان)	۶۵٪	۲۳٪	۲۳٪
درصد جمعیت غیر نیازمند خویش فرما با کارکنان بخش غیر دولتی	۸۰٪	اطلاعات موجود نیست	اطلاعات موجود نیست	اطلاعات موجود نیست	شامل ۳۰ درصد کسانی که مشارکت دارند. به اضافه ۱ درصد که سوسید جزئی دریافت می‌کند
درصد خویش فرمایان غیر نیازمند ثبت نام کرده	۰٪	اطلاعات موجود نیست	اطلاعات موجود نیست	۷٪	
بسته مزایا همگانی یا در نوبت قرار گرفته	تصمیم گیری نشده	سعی در همگانی شدن	در نوبت قرار دارد	همگانی	در نوبت قرار دارد
ظرفیت مالی برای پوشش همگانی	مگرانی‌های مالی NSHIF نپل از شروع باعث از حرکت ماندن شده، که نیازمند مالیات‌های جدید بسیاری است	سرمایه‌های ثبت نام ۵۰ درصد در طی ۵۰ سال که نیازمند سوسید کامل برای فقرا و سوسید جزئی برای کشاورزان و بخش غیر دولتی است	نیل به پوشش همگانی با بسته خدمات کمتر برای افراد تحت سوسید گیری	غلب افراد غیر پوشش یافته تقریباً فقیراند و کارکنان بخش غیر دولتی نیز باید در برنامه پوشش داده شوند	با وجود مزایای توافق شده و سرمایه‌های عروان تخصص یافته اغلب افراد تقریباً فقیر و کارکنان غیر دولتی تحت پوشش نرسند
ساختار مدیریتی	یک صندوق مستقل جدید	قابت بین سازمانهای جامعه محور و برنامه‌های خصوصی	صندوق‌های متعدد، سعی در یکی شده‌اند	یک صندوق	یک صندوق
توسعه ارائه خدمات بهداشتی درمانی	هنوز اجرا شده	برای ارزیابی زود است	پرداخت سرانه به ارائه دهندگان	نسبتاً کم‌بیشتر بیمه شدگان غیر فعال اند	رقابت مدیریت شده بدون پیوند قابل اندازه گیری

۱-۲. استقرار نظارت بر بیمه درمان اجتماعی

بیمه درمان اجتماعی برای ایجاد برتری و تاثیر بیماران بر ارائه دهندگان خدمات قدرت را از سمت عرض به سمت تقاضا تغییر جهت داده است. این بیمه به بیماران اختیار داده تا تقاضا برای خدمات رضایت بخش داشته باشند و شرکت بیمه باید به عنوان خریدار محتاط و عاقل عمل کند. البته بر حسب این که چگونه این بیمه باید سازماندهی شود تا بتواند بهترین انگیزه را در بیمه شدگان ایجاد کند موضوعات زیادی باید در مراحل طراحی لحاظ شود.

اعمال نظارت بیمه درمان اجتماعی به معنای ساختار و فرایندهای مکانیسم‌های کنترل است که شرکت بیمه را در مقابل سرمایه گذاران (که دولت و کارفرمایان هستند) و خدمت گیران جوابگو قرار می‌دهد. همچنین نظارت متعلق به مدیریت است. بر اساس اصول اقتصادی، سیاسی و تئوری‌های سازمانی چنین انتخاب‌های حیاتی باید در ارتباط با نظارت بیمه درمان اجتماعی، با به حساب آوردن ساختار سیاسی موسسات و کل کشور و قوانین انجام کار و قدرت گروه‌های زیر صورت گیرد:

۱. حق مالکیت شرکت بیمه درمان اجتماعی. مالکیت می‌تواند دولتی، نیمه دولتی، یا خصوصی غیر انتفاعی باشد. نوع مالکیت انگیزه و مقصود سازمانی را می‌سازد. سازمان‌های دولتی توسط دولت کنترل می‌شوند و تحت نفوذ عوامل سیاسی هستند اما سازمان‌های خصوصی غیر انتفاعی بیشتر مستقل بوده و از مداخلات سیاسی مجزا هستند.

۲. ساختار سازمانی. سازمان را می‌توان با تئوری‌های اصول مرتبط با نماینده مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. افراد ذینفع و کسانی که حق بیمه پرداخت می‌کنند بر اساس اصولی که انتخاب و عقد قرارداد را با هیات مدیره به عنوان نماینده آنها قرار می‌دهد انجام می‌دهند. در مقابل هیات مدیره با مدیر عامل قرارداد بسته که به عنوان نماینده آنها برای پیگیری اهداف هیات مدیره می‌باشد. بنابراین ترکیب و انتخاب اعضای هیات مدیره و چگونگی جوابگویی آنان به ذینفعان و پرداخت کنندگان حق بیمه‌ها برترین موضوع در طراحی سازمانی به شمار می‌رود.

۳. ساختار مدیریت گروه مدیریت باید در تصمیمات مالی و پرسنلی بصیرت کافی داشته بطوری که از قدرت منابع مالی و نیروی انسانی برای نیل به اهداف بیمه درمان اجتماعی استفاده شود. برای مثال اگر کارکنان شرکت بیمه درمان اجتماعی از کارکنان دولت باشند پس قانون کارکنان دولت در موارد دستمزد، ارتقای شغلی، اخراج دستان مدیریت را می‌بندد.

۴. نظارت حکومت. دولت موظف است به دو دلیل عملکرد و رفتار شرکت بیمه درمان اجتماعی را پایش و کنترل نماید: نخست برای حصول اطمینان از این‌که بیمه درمان اجتماعی نیازهای اجتماعی و اهداف اصلی که برای آن ایجاد شده را به اجرا درآورده و دوم برای اعمال نظارت بر شرکت بیمه درمان اجتماعی چرا که دولت به طور معمول یکی از سرمایه‌گذاران این بیمه است.

زمانی که در یک کشور تصمیم به راه اندازی بیمه درمان اجتماعی به صورت یک سازمان دولتی یا نیمه دولتی گرفته می‌شود، در نهایت سه وزارتخانه را مسئول قرار می‌دهد: وزارت بهداشت و درمان، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و یا یک وزارتخانه جدید مستقل دیگر. اکثر کشورهای در حال توسعه شرکت بیمه درمان اجتماعی خود را تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان قرار داده‌اند اما سایر وزارتخانه‌ها اعمال نظارت بر این بیمه را نیز انجام می‌دهند.

هر ساختاری مشکلات خاص خود را دارد. مطالعات متعدد بر روی شرکت‌های بیمه درمان اجتماعی که تحت نظر وزارت بهداشت و درمان سازمان دهی شده‌اند عملکرد دلسرد کننده‌ای را یافته‌اند بطوری‌که وزارتخانه‌هایی که کارکنان پرشکی بر آنها تسلط زیادی داشتند - ترجیحات بیشتر پرسنل به مسئله رفاه عرضه کنندگان خدمات معطوف می‌باشد و درآمدهای اضافی که توسط بیمه درمان اجتماعی تولید می‌شود اغلب به نفع عرضه کنندگان خدمات تمام می‌شد. در مطالعه‌ای که در کلمبیا انجام شد (۲۰۰۲) دریافت که حقوق پرسنل بهداشتی درمانی در نخستین سال اجرای بیمه درمان اجتماعی بیش از ۴۰ درصد افزایش داشته است. به همین شکل مطالعه‌ای در فیلیپین (۲۰۰۲) دریافت که ۶۸ درصد افزایش سرمایه‌های بهداشتی درمانی که مربوط به بیمه درمان اجتماعی می‌باشد به صورت سود یا حقوق بالا به ارائه دهندگان خدمات تعلق می‌گیرد.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نیز در اداره بیمه درمان اجتماعی خیلی بهتر عمل نمی‌کند. البته بیمه درمان اجتماعی در صورتی که به تنهایی از طریق این وزارتخانه اداره شود بیشتر تمایل دارد که به بیمه به عنوان مکانیسم پرداخت نگاه کند که خریداران را برای بیمه شدگان سازماندهی می‌کند. بیمه درمان اجتماعی به طور معمول تمرکز بر تعادل سرمایه‌ها دارد که از طریق کنترل آنچه که بیمه پرداخت می‌کند و انتقال سایر بدهی‌ها به سمت بیماران عمل می‌کند. ارائه دهندگان خدمات از تعادل در صورت حساب‌ها و صورت حساب‌های اضافی

بیماران پیشگیری نمی‌کنند. این سیستم‌های بیمه درمان اجتماعی بیشتر تمایل دارند میزان‌های کمتری داشته باشند و سرمایه اضافی بیشتری انباشته نمایند. به عبارت دیگر حق بیمه‌ها لزوماً برای نفع رسانی به بیمه شده اخذ نمی‌شود.

زمانی که بیمه درمان اجتماعی توسط وزارت بهداشت و درمان مدیریت می‌شود، این وزارتخانه باید تغییرات بزرگی را تحمل می‌نمورد؛ چرا که بیمه درمان اجتماعی نقش وزارتخانه را دچار تغییر کرده و آن را از تامین مالی کننده و اجراکننده خدمات بخش دولتی به کسی که سیاست‌ها را تنظیم کرده و تمامی ارائه دهندگان را کنترل می‌کند تبدیل می‌نماید. عموم وزارتخانه‌های بهداشت و درمان بیشتر توجه بر تامین مالی و مدیریت تسهیلات دولتی و کارکنان خوددارند و کمتر توجه به بهبود وضعیت بیماران دارند.

بعضی از وزارتخانه‌های بهداشت و درمان توجه به ارائه دهندگان بخش دولتی را حفظ کرده‌اند و نگرش آنها نسبت به ارائه دهندگان خصوصی بر اساس اقتصاد آزاد می‌باشد. اگر یک وزارتخانه بهداشت و درمان بخواهد در این زمان شروع به کار کند نیاز است تا تغییرات عمده‌ای در فرهنگ مشارکتی در ارائه خدمات به بیماران ایجاد شود. به علاوه برای این که خریدار کارآمدی باشند نیز لازم است تا عملکردها و فعالیت‌های خود را دوباره سازماندهی کند.

همان طور که قبلاً نیز ذکر شده است، زمانی که کشورهای در حال توسعه بیمه درمان اجتماعی را مورد اجرا قرار می‌دهند به طور معمول باید جمعیت کشور را به گروه‌های مختلف تقسیم نمایند که هر یک از این گروه‌ها بسته‌های مزایای، میزان حق بیمه و سوسید و روش‌های ثبت نامی ویژه خود را دارا می‌باشند. از این رو سئوالاتی در مورد وجود یک یا چند صندوق و نحوه مدیریت هر گروه مطرح می‌شود این امر اغلب باعث ایجاد رقابت‌های بوروکراتیک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی در مورد نحوه کنترل صندوق یا صندوق‌ها می‌شود.

تصمیم‌گیری بین یک صندوق منفرد و یا چندین صندوق بر چگونگی فراهم کردن بیمه درمان اجتماعی منصفانه تاثیر گذار است. وجود صندوق‌های مجزا برای هر گروه با سازماندهی اداری مجزا باعث ایجاد موانع سیاسی و بوروکراتیک در همگانی شدن این بیمه شده و از دسترسی عادلانه به خدمات مورد نیاز جلوگیری می‌کند. مهمترین چالشی که در حال حاضر تایلند با آن روبرو می‌باشد موضوع ادغام صندوق‌های مختلف برای ایجاد پوشش همگانی بیمه است چرا که هر صندوق بسته مزایا، روش پرداخت و میزان‌های مختلف

پرداخت به ارائه دهندگان و قوانین بوروکراتیک خاص خود را دارد. از آن مهمتر این که هر صندوق گروه‌های گروه‌های علاقمند به خود و حامیان قدرتمندی نیز دارد. ادغام صندوق‌ها برای ایجاد یک برنامه واقعاً همگانی نیازمند سرمایه‌های سیاسی می‌باشد. آلمان، بنیان‌گذار بیمه درمان اجتماعی، کوشش‌هایی در جهت یکی کردن صندوق‌های خود نموده بود اما هنوز هم نزدیک به ۳۰۰ صندوق در این کشور فعالیت می‌کنند. کره سال‌های بسیاری است که با حمایت‌های قوی دولتی و تعهدات ریاست جمهوری روبه‌رو بوده و قبل از این زمان امکان ادغام صندوق‌ها در این کشور بیشتر بود.

علاوه بر ایجاد موانع در پوشش همگانی، ایجاد صندوق‌های متعدد باعث دو برابر شدن کارهای مدیریتی و پیچیده شدن امور اداری برای ارائه دهندگان خدمات می‌شود که باید از قوانین مختلف وضع شده ابراز رضایت نمایند. کلمبیا، کوبا و فیلیپین درس‌هایی از اقتصاد پیشرفته آموخته‌اند و یک صندوق واحد ایجاد کرده‌اند که یک مدیریت به اداره می‌یاست، استراتژی‌ها و عملکرد و برنامه‌های سوبسید می‌پردازد. بخش‌های مجزا و حساب‌های مالی برای اداره و مدیریت گروه‌های مختلف تحت نظر بیمه واحد درمان اجتماعی اداره می‌شود.

البته بعضی از منابع علمی معتقدند که وجود تعداد زیاد صندوق‌ها هم در بخش دولتی و هم خصوصی به مردم امکان انتخاب بیشتری را از لحاظ مزایای بیمه می‌دهد و در نتیجه رفاه اقتصادی بالاتر می‌رود. به علاوه وجود رقابت بین بیمه‌گران باعث ارتقای کارایی در تولید خدمات بهداشتی درمانی می‌شود. این مبحث از دو واقعیت چشم‌پوشی کرده است: کشورهای کم‌درآمد با کمبود نیروی انسانی و دانش برای برپایی کامل حتی یک صندوق مواجه است و رقابت در بازار بیمه به دلیل ایجاد انتخاب‌های مختلف و انتخاب خطرات آسیب‌رسان می‌باشد و مهم‌تر این که طرفداران صندوق‌های متعدد بیمه هزینه‌های فروش و مدیریتی بالا را نادیده گرفته‌اند. ایالات متحده کشوری است که بر این موضوع تأکید داشته و بیش از ۲۵ درصد از کل مخارج ملی بهداشتی درمانی را برای مدیریت، فروش و بازاریابی صرف می‌کند. تایوان با وجود یک بیمه منفرد همگانی اجتماعی کمتر از ۵ درصد در این قسمت هزینه می‌کند.

در تئوری گفته می‌شود رقابت بین برنامه‌های بیمه‌ای باعث ارتقای بیشتر کارایی در تولید خدمات بهداشتی درمانی می‌شود اما شواهد وضعیتی مخلوطی را نشان می‌دهد. سوئیس کشوری که این استراتژی را در گذشته به کار می‌برده، بعد از امریکا بیشترین درصد از تولید ناخالص ملی را در بخش بهداشت و درمان صرف می‌کند (۱۱/۵ درصد). ایالات متحده کشور

دیگری است که بیمه گران متعدد دارا می‌باشند، پس اندازه‌هایی طی رفورم نظام مراقبت‌های مدیریت شده داشته است. البته مزاد تخت‌های بیمارستانی، آزمایشگاه و پزشکان را نیز داشته که باعث شده در برنامه‌های مراقبت‌های مدیریت شده قادر به چانه زنی بر سر قیمت‌های پایین تر و کنترل بهره وری شود. کشورهای در حال توسعه هیچ تمایلی به تولید بیش از حد ندارند.

۲-۱-۸. توسعه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

طراحان بیمه درمان اجتماعی باید چگونگی ارتقای کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را تحت بیمه درمان اجتماعی مورد توجه قرار دهند. اساساً سه استراتژی برای انتخاب وجود دارد: ایجاد رقابت، بکارگیری روش‌های پرداخت منطقی و عدم تمرکز. برای هر استراتژی طراحان باید نقش بخش خصوصی را در نظر بگیرند و چگونگی ایجاد سطحی بین بخش خصوصی و دولتی برای تحت کنترل درآوردن منابع بخش خصوصی را مد نظر قرار دهند. ارائه دهندگان بخش خصوصی (خیریه و انتفاعی) نقش عمده‌ای را در ارائه خدمات بهداشتی درمانی بازی می‌کنند و این منابع در جهت منافع مردم باید کنترل و مدیریت شود.

۲-۱-۹. رقابت

رقابت به تنهایی غایت و منظور نیست بلکه منظور افزایش کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد. می‌توان آن را در دو سطح معرفی نمود: بیمه یا ارائه دهنده خدمات. کشورهای که دارای یک صندوق منفرد هستند می‌توانند در برنامه بیمه‌ای خود رقابت ایجاد کنند بطوری‌که شرکت بیمه درمان اجتماعی حق بیمه خطرات را برای رقابت بین برنامه‌های بیمه‌ای پرداخت کند. بطور تئوری، شرکت بیمه می‌تواند به طور انتخابی ارائه کنندگان خدماتی را برگزیند که بیشترین کیفیت کاری را داشته و کمترین هزینه رادارا باشند. هر قرارداد خود می‌تواند ارائه کننده خدمات را برای توسعه و بهبود کیفیت و کارایی خدمات تحت فشار قرار دهد. کلمبیا و غنا این استراتژی رادارا می‌باشند. کلمبیا از روش رقابت مدیریت شده برای استقرار بخشی مابین خصوصی و دولتی استفاده کرده است. غنا نظامی بیمه‌ای جامعه محور را بکار گرفته و به برنامه‌های خصوصی نیز اجازه داده تا رقابت کرده اما تنها از افراد با سلامتی بالا ثبت نام می‌کند. البته غنا بخشی بین جامعه محور و بیمه خصوصی برپا نموده که به طور

رسمی سوبسید دریافت نمی‌دارد. در این مراحل ابتدایی کار مدارک مهمی برای ارزیابی عملکرد سیستم غنا در دست نداریم.

رقابت می‌تواند مستقیماً در سطح ارائه دهندگان خدمات ایجاد شود بدون این‌که در برنامه‌های بیمه رقابت باشد. در نظام بیمه درمان اجتماعی پول عامل پیگیری بیماران است. صندوق‌های منفرد می‌توانند با برقراری سه معیار رقابت در بین ارائه دهندگان خدمات برقرار نمایند. معیار اول بیان می‌کند که بیمه شده می‌تواند از بین ارائه دهندگان خصوصی و دولتی انتخاب نماید و مقدار مشابهی را به صورت مستقیم بپردازد. معیار دوم نظام کارانه را دگرگون نموده تا انگیزه بیشتری به ارائه دهندگان خدمات بدهد. و سومین معیار سوبسید مستقیم تسهیلات عمومی را کم کرده و در نتیجه برای به دست آوردن بیمار با هم رقابت می‌نمایند.

۱۰-۱-۲. انتخاب و عقد قرارداد

شرکت بیمه درمان اجتماعی به جای این‌که یک پرداخت کننده غیر فعال برای مطالبات باشد باید خریدار جمع آوری کننده از طرف بیمه شده باشد. به عنوان یک خریدار محتاط، شرکت بیمه درمان اجتماعی در زمان خرید خدمات بهداشتی درمانی باید با درایت و استراتژیک فکر کرده و عمل کند. بیشتر توجه باید بر خروجی و پی امد باشد تا بر ورودی و تاکید بیشتر بر رقابت در انتخاب ارائه کننده خدمات و قیمت‌ها باشد و باید مشخص شود که چه کیفیتی از خدمات مورد نظر است و چگونه باید خریدار شود و برای چه کسانی تعلق گیرد.

خریدار محتاط ارائه دهندگانی که خدمات خوب یا بد ارائه می‌کنند را مشخص می‌کند و با بیمارستان‌ها و کلینیک‌های رسمی منتخب قرارداد می‌بندد برای شناخت بیمارستان‌های خوب یا بد شرکت بیمه درمان اجتماعی شاخص‌های کیفی مشخص می‌کند. برای مثال شاخص‌ها می‌توانند شامل میزان مرگ و میر بیمارستانی، میزان عوارض جراحی، میزان عفونت‌های بیمارستانی و میزان بستری مجدد بیمارستانی بعد از اعمال جراحی باشند. بعضی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تعیین مشخصات بیمارستان و تهیه اطلاعات عمومی تاثیرهای قابل اندازه گیری بر عملکرد بیمارستان دارد.

شرکت بیمه درمان اجتماعی ممکن است قدرت خود را در انحصار خرید اعمال کند و قدرت ارائه دهندگان پزشکی را در بازار کار بی اثر نماید. این شرکت با بیمارستان‌ها و پزشکان مذاکراتی برای عقد قرارداد با قیمت کمتر انجام داده و داروها را به صورت کلی و حجم بالا از دولت به صورت مزایده خریداری می‌کند. البته این قدرت انحصار خرید ممکن

است به دلیل پرداخت‌های بسیار پایین به کیفیت خدمات آسیب برساند. از این رو قوانین برای تعیین کردن هزینه‌های معقول خدمات باید موجود باشند. زمانی که ارائه دهندگان متعدد در مورد خدمات مشابهی وجود داشته باشند میزان پرداخت در مزایده‌های رقابتی معنی می‌یابند.

۱۱-۲- پرداخت

روش‌های پرداخت و سطوح آن می‌تواند تاثیر مهمی بر حجم کیفیت و هزینه اثربخشی خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده داشته باشد. پرداخت کارانه عرضه خدمات را افزایش داده و تقاضا را تورم هزینه‌های بهداشتی درمانی را منجر می‌شود. روش سرانه باعث تحریک افزایش کارآمدی می‌شود همانطور که سایر میزان‌های پرداخت مثل روش گروه‌های وابسته تشخیصی عمل می‌کنند. میزان‌های بسته‌های آینده نگر به ارائه دهندگان انگیزه می‌دهد تا کارایی را بالا ببرند چرا که بر اساس تشخیص و صلاح‌دید آنان پس اندازهایی می‌تواند اتفاق بیافتد. روش پرداخت سرانه در تایلند باعث افزایش کارایی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی شده است. در مقابل شرکت بیمه درمان اجتماعی در فیلیپین که بر اساس کارانه عمل می‌کند وضعیت غیر فعالانه‌ای مالی دارد و مدارک نشان می‌دهد که در ارائه خدمات بهداشتی درمانی بهبودی نداشته است.

۲-۲. اجرای بیمه درمان اجتماعی

تصویب قانون بیمه درمان اجتماعی و اجرای آن دو امر وابسته ولی جدا از هم می‌باشد. شاید به تصویب رساندن قانون بیمه درمان اجتماعی آسان باشد اما اجرای اثربخش آن دشوار است. اغلب در تلاش برای فرار از مشکلات و توافقات ناخوشایند قانون اهداف بلند پایه‌ای را وعده می‌دهد اما منابع لازم برای انجام آنها موجود نمی‌باشند. قوانین برای نیل به اهداف شاید یکی نباشند و شاید منابع مالی برای اجرای قوانین مورد توجه قرار نگرفته باشد. حتی اگر سئوالات عمده در مراحل طراحی مورد توجه قرار گرفته باشند اما هنوز در مراحل اجرا نیاز به پرداختن به بسیاری از جزئیات می‌باشد و باید بین منابع لازم تعادل برقرار بوده و ارزشی بسیار بیش از آنچه ایده آل است در عمل لازم می‌باشد.

۱-۲-۲. تعهدات مدیریتی سازمان و رفورم

تمامی پنج کشور مورد مطالعه تصمیم داشتند تا شرکت بیمه درمان اجتماعی را تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان به صورت دولتی (کلمبیا و غنا) یا نیمه دولتی (کنیا، فیلیپین و تایلند) اداره نمایند. دولت به دو دلیل در کنترل و مدیریت این بیمه قدرت نشان می‌دهد میل به کنترل سیاسی و به دلیل این که دولت سرمایه‌گذار اصلی است. بازاریان، نیروی کار و عموم مردم نمایندگانی در این شرکت دارند ولی حوزه تاثیرهای آنها معین نیست.

اجرای بیمه درمان اجتماعی به سازمانی کارآمد و توانا نیازمند است. فساد اداری و پشتیبانی دو مفهوم عمده در اجرای بیمه درمان اجتماعی می‌باشد. صندوق‌های بیمه درمان می‌توانند مازاد فراوانی انباشته نمایند. صندوق بیمه بیمارستانی کنیا مثال خوبی از چگونگی فساد اداری در تغییر مسیر دادن مازاد سرمایه‌های بیمه به سمت حساب‌های شخصی می‌باشد. جهت جلوگیری از دوباره رخ دادن چنین اوضاعی کنیا سعی دارد هیات مدیره جدیدی برای بیمه درمان بیمارستانی مشخص نماید لذا اغلب اعضای معرفی شده از کارفرمایان، کارکنان و مقامات محلی می‌باشند. کلمبیا فیلیپین و تایلند نیز ساختاری مشابه دارند وزارت بهداشت و درمان به عنوان هیات مدیره و هیات گزارش دهنده که مستقیماً پاسخگو در برابر رئیس جمهوری می‌باشند. با این وجود، رئیس جمهوری، اعضای هیات مدیره را تعیین نموده بنابراین فساد اقتصادی ممکن است باقی بماند مگر این که بازرسی و تعادلی جایگزین شود. مثلاً بازرسی مستقل خارجی انجام شود، گواهینامه اکچوری حرفه‌ای داده شود، دادرسی اشتباهات به صورت قانونی انجام شود.

ماموریت و فرهنگ غالب بر بیمه درمان اجتماعی به طور وسیعی به این که چه افرادی از آن نفع می‌برند مربوط می‌باشد. بیمه پول را به تحرک درآورده اما باید این حرکت به سمت خدمات موثر و کارآمد باشد. فیلیپین بیمه فیلی هلس را طراحی کرده است که نقش یک میانجی مالی را دارا می‌باشد بطوریکه از مردم ثبت نام به عمل آورده، حق بیمه‌ها را جمع‌آوری کرده و مطالبات را پرداخت می‌کند. از اینرو این بیمه مانند یک بیمه خصوصی سنتی عمل می‌کند که قدرت پرداخت بدهی‌ها را دارد. فیلی هلس سقف پرداختی مشخص کرده و به طور متوسط جدول قیمت‌های این بیمه تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد از قیمت‌های ارائه دهندگان خدمات را شامل می‌شود و بیماران باید مابقی قیمت را بپردازند. فیلی هلس قادر به پرداخت قروض است و مازاد فراوانی دارا می‌باشد به اندازه یک بلیون دلار سرمایه‌دارد. همانطور که

قبلاً ذکر شده مطالعه‌ای نشان داده که بیش از ۸۰ درصد از پرداختهای این بیمه به صورت سود بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها بوده و تنها ۱۴ درصد برای انجام بهتر و بیشتر خدمات بهداشتی درمانی به بیماران تخصیص یافته است.

در مقابل، تایلند دفتر تامین سلامت ملی را به عنوان یک خریدار محتاط خدمات بهداشتی درمانی برای بیمه شدگان طراحی نموده است. این دفتر پیمان کاران اولیه را انتخاب کرده، مانند بیمارستان‌های عمومی یا استانی و به آنها برای خدمات تحت پوشش سرانه پرداخت می‌کند. دفتر تامین سلامت ملی مقدار پرداختی بیماران را محدود کرده است. یک پیمانکار اولیه شبکه‌ای از خدمات دهندگان را با عقد قرار داد انتخابی در بین کلینیک‌ها و بیمارستان‌های کوچک ایجاد کرده تا خدمات پیشگیری و اولیه را ارائه نماید. بیماران پیمانکار مورد نظر خود را انتخاب کرده و خدمات بهداشتی درمانی خود را از یک شبکه دریافت می‌کنند. در این نظام، دفتر تامین سلامت ملی کارآیی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را بهبود می‌بخشد.

موضوع دیگر در سازماندهی اداری در مرحله اجرا تصمیم گیری در مورد این است که کدام شرکت باید حق بیمه هر اجمع آوری کند. شرکت جمع آوری مالیات‌ها یک سازمان حقوقی است! آنطور که در کلمبیا دیده شده این شرکت مسئولیت جدید جمع آوری حق بیمه‌ها را قبول نکرده است. موضوع دیگر آژانس بیمه اجتماعی بازنشستگی است که بیمه درمان اجتماعی اغلب آنرا به طور مشترک با برنامه بازنشستگی اجتماعی برپا نموده است البته این شرکت ممکن است تمایلی برای یکی شدن با بیمه درمان اجتماعی نداشته باشد چرا که مشارکت بازنشستگی ۱۵ تا ۲۵ درصد بیش از درآمد قبل از پرداخت مالیات است و دریافت ۴ درصد دیگر برای بیمه درمان اجتماعی ممکن است مشکلاتی در ظفره روی از بیمه ایجاد کند. بیمه درمان اجتماعی یک روش مالی ماهرانه و پیچیده است بنابراین اجرا مدیریت بیمه درمان اجتماعی به مدیران آموزش دیده، متخصصان مالی، کامپیوتر و اطلاعات مدیریت، حسابدار و برنامه‌ریز و ارزیاب نیاز دارد. ایجاد منابع انسانی لازم و نظام‌های کامپیوتری و اطلاعاتی سالها وقت می‌برد. غنا با مشکلاتی در اجرای بیمه درمان اجتماعی روبه‌رو شده است چرا که مشکلاتی در منابع انسانی دارد. کلمبیا تاکید بر شرکت‌های بیمه خصوصی و سازمان‌های جامعه محور برای ثبت نام بیماران، جمع آوری حق بیمه‌ها و پرداخت مطالبات دارد اما هنوز راه طولانی را باید طی کند. در مقایسه تایلند قادر به رسیدن به پوشش همگانی بوده چرا که بروی نیروی انسانی برای سیاست نویسی و آنالیز وضعیت دو دهه اخیر سرمایه‌گذاری نموده است.

۲-۲-۲. ثبت نام بیماران، جمع آوری حق بیمه‌ها و هدف‌گذاری سوبسیدها

ثبت نام کارکنان بخش رسمی به نسبت کار ساده‌ای می‌باشد ولیکن تشخیص نیازمندی که باید سوبسید دریافت کنند و ثبت نام از کارکنان غیر نیازمند بخش غیردولتی از چالش‌های عمده کار به شمار می‌رود.

۲-۲-۳. رژیم مشارکت‌کننده

تجربه‌های دنیا حاکی است که ثبت نام و جمع آوری حق بیمه از کارکنان دولت، کارکنان موسسات دولتی و کارکنان شرکت‌های خصوصی با بیش از ۱۰ کارگر امکان پذیر می‌باشد. طفره روی از پرداخت‌های بیمه یکی از مشکلات موجود است اما نسبتاً کم می‌باشد اگرچه طفره روی و گریز از پرداخت‌های بیمه‌ای یکی از مشکلات جدی در زمان ثبت نام کارکنان شرکت‌های خصوصی می‌باشد بطوریکه بعضی از شرکت‌ها ممکن است تماماً از مشارکت‌ها بگریزند در حالی که عده‌ای نیز حقوق و دستمزدها را کمتر از واقعی اعلام کنند این عمل سطوح مطلق حقوق را مشمول مالیات برای تأمین حق بیمه، بیمه اجتماعی درمان می‌شود را کاهش می‌دهد. کلمبیا تخمین زده که تنها ۶۵ درصد از مقدار واقعی حق بیمه‌ها جمع آوری می‌شود.

نسبتی از جمعیت که در رژیم اجباری مشارکت ثبت نام می‌شوند در کشور غنا و کنیا ۸ درصد و ۲۰ درصد تخمین زده شده است. فیلیپین ۴۰ درصد از جمعیت خود را تحت پوشش برنامه مشارکتی قرار داده کلمبیا ۳۵ درصد و ۲۰ درصد در تایلند مشاهده می‌شود.

۲-۲-۴. رژیم سوبسید ده

ثبت نام افرادی که کاملاً سوبسید دریافت می‌کنند مشکل جدی نمی‌باشد البته اگر ملاک صلاحیت افراد بر اساس درآمد آنها باشد در این صورت آزمون درآمد افراد در عمل مشکل بوده و می‌تواند از قلم افتادگی‌های زیادی را منجر شود. کلمبیا مطالعه درآمد ملی را انجام داده که میزان درآمد کلیه خانوارها را در نظر گرفته و سپس آنها را طبقه‌بندی کرده است. سپس این طبقه‌بندی برای افرادی که نیاز به سوبسید دارند بکار گرفته می‌شود. غنا فیلیپین و تایلند همگی تاکید بر دولت‌های محلی در تعیین افراد واجد دریافت سوبسید دارند اما این نظام‌ها آماده هر گونه سوء استفاده و کلاه برداری هستند. در تایلند چنین کلاه برداری‌هایی توسط کارکنان

دولت‌های محلی دیده شده که سوبسید دولت را برای حامیان سیاسی، دوستان یا بستگان خود در نظر گرفته بودند.

تعهد برای تامین منابع باید وجود داشته باشد. کشورهای کم درآمد یا متوسط کم درآمد به ندرت منابع کافی برای سوبسید دهی به تمامی فقرا که در برنامه بیمه درمان اجتماعی ثبت نام نموده‌اند دارند. غنا در نخستین سال فعالیت خود نزدیک به ۲۱ درصد از جمعیت خود را ثبت نام نمود که تقریباً ۱۰ درصد کودکان، ۳ درصد سالمندان و ۹ درصد بالغین تنگدست بودند البته ۵۰ درصد جمعیت این کشور در شمار خانوارهای فقیر قرار می‌گیرد. فیلیپین تقریباً به تمامی افراد فقیر خود در سال ۲۰۰۴ سوبسید پرداخت کرده بود این در حالی بود که رئیس جمهوری این کشور در برنامه انتخاباتی وعده پوشش بیمه برای فقرا را مطرح نمود. یک سال بعد تنها ۲۰ درصد از فیلیپینی‌ها سوبسید دریافت کردند در حالی که ۳۵ درصد در طبقه‌بندی فقرا قرار داشتند. کلمبیا به ۳۰ درصد جمعیت سوبسید کامل پرداخت نمود در حالی که ۵۰ درصد خانوارهای این کشور در طبقه فقیر قرار دارند. برای پوشش همگانی جمعیت نیاز به منابع لازم برای سوبسید دهی وجود دارد اما با وجود این که دولت منابع لازم را تخصیص داده ولی پوشش همگانی یک خیال باقی مانده است.

۲-۲-۵. کارکنان خویش‌فرمای غیر نیازمند در بخش غیر دولتی

علاوه بر سرمایه‌های لازم برای فقرا، ثبت نام افراد غیر فقیر خویش‌فرما در بخش‌های غیر دولتی نیز از بزرگترین موانع دستیابی به پوشش همگانی می‌باشد. این افراد تقریباً ۲۵ تا ۴۰ درصد از کل جمعیت را در کشورهای کم درآمد و متوسط کم درآمد تشکیل می‌دهند. کشورها به طور معمول سعی دارند این افراد را به طور داوطلبانه ثبت نام کرده و هزینه هایشان را بپردازند. تایلند روش‌های داوطلبانه بسیاری را در مدت ۲۰ سال امتحان کرد و انواع مختلف کارت‌های سلامتی را بکار گرفت و به این نتیجه رسید که انتخاب مختلف مشکلات جدی را به بار می‌آورد بیماران با تشخیص بیماری‌های مزمن و زنان باردار مشتاقانه ثبت نام شدند در حالی که افراد سالم این طور نبودند. سوء استفاده‌ها هم یکی از مسائل جدی به شمار می‌رود: بستگان و دوستان افراد بیمه شده از کارت بیمه آنها برای خدمات بهداشتی و درمانی استفاده می‌کنند. در نهایت در سال ۲۰۰۲ تایلند برای پوشش تمامی کسانی که تحت بیمه کارکنان دولت و بخش دولتی نبودند درآمدهای عمومی را بکار گرفت. این راهکار در نیل به پوشش

همگانی موثر بود اما همانطور که قبلاً گفته شد وزارت مالی آینده مالی حفظ این نظام را توجه داده است.

غنا سعی دارد تا راهکاری متفاوت برای پوشش افراد خویش‌فرمای غیر فقیر و کارکنان بخش غیر دولتی ارائه کند بطوری‌که با تاکید بر بیمه جامعه محور در سطوح بخشی آنها را ثبت نام نماید. البته هاسیو^۱ (۲۰۰۳) اشاره داشت که مردم اغلب به برنامه‌های بخشی برای پرداخت حق بیمه اطمینان ندارند. به‌علاوه برنامه‌های سطح بخشی مشارکت فعالانه مردم را جذب نمی‌کنند و مزایای برنامه جذابیت ندارد. اتیم^۲ (۲۰۰۴) دریافت که صندوق‌های سطوح بخشی در آفریقا در جذب مردم برای ثبت نام در برنامه بیمه بد عمل کرده اما صندوق‌های زیر مجموعه آن بهتر عمل کرده‌اند و صندوق‌های جامعه باز هم بهتر بوده‌اند.

کلمبیا مانند سایر کشورها در ثبت نام افراد خویش‌فرمای غیر نیازمند با مشکلات جدی روبه‌رو بوده است. اخیراً دولت در این کشور سعی نموده تا از طریق فراهم کردن سوبسید برای افراد نسبتاً فقیر و کم کردن مزایای بسته‌های خدمات بر این موانع فائق آید به این ترتیب حق مشارکت برای بیمه‌ها کمتر خواهد شد.

در فیلیپین بیمه فیلی هلس تلاش‌های ابتکاری بکار برده تا کارکنان بخش غیردولتی غیر نیازمند و خویش‌فرمایان از طریق سازمان‌های خود مانند اتحادیه‌ها، شرکت‌های تعاونی و سازمان‌های مالی کوچک بیمه شوند. با چنین راهکاری انتخاب‌های گوناگون کم شده و هزینه‌های ثبت نام کاهش می‌یابد. این روش چقدر در دستیابی به پوشش همگانی موفق بوده هنوز باید مشاهده شود.

۶-۲-۲. حرکت در مسیر طولانی پوشش همگانی

در یک کشور کم درآمد توسعه و بسط بیمه درمان اجتماعی برای پوشش تمامی مردم سال‌ها به طول می‌انجامد.

۷-۲-۲. بهبود کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی

1. Hsiao

2. Atim

کشورها برای بهبود کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی چهار وسیله را به کار می‌گیرند: عقد قراردادهای انتخابی، ایجاد انگیزه از طریق روش‌های پرداخت، محدود نمودن لیست داروهای ضروری و کاهش سوبسید در سمت عرضه خدمات.

۸-۲-۲. عقد قرارداد

شرکت بیمه درمان اجتماعی باید ارائه دهندگانی را انتخاب کند و با آنها قرارداد ببندد که از لحاظ کار و قیمت‌دارای کیفیت مناسب باشند. البته در یک برنامه کشوری نمی‌توان استانداردهای بالایی را مد نظر قرار داد تا تعداد زیادی از ارائه دهندگان خدمات را شامل شود چرا که در غیر اینصورت با کمبود عرضه کننده مواجه می‌شود. به علاوه محروم کردن عرضه کنندگان از اعاشه معیشت و و محصور کردن آنها می‌تواند مشکلات سیاسی ایجاد نماید.

همان طور که در مطالعه پنج کشور مشخص شده بیمه درمان اجتماعی از حداقل استانداردهای کیفی برخوردار است و گواهی ارائه دهندگان خدمات برای خدمت در بیمه درمان اجتماعی لازم است. شرکت‌های بیمه درمان اجتماعی معمولاً با اعتبارگذاری دولت، استانداردهای تخصصی و تعدیل آنها شروع به کار می‌کنند. اغلب استانداردها متعلق به ورودی هاست نظیر تبحر پزشکی متخصصان، میزان کارکنان بیمارستانی و شرایط پایه بهداشت و ایمنی. اغلب کشورهای در حال توسعه استانداردهای خروجی ندارند. فیلیپین به نظر می‌رسد برای اعتبار دهی به ارائه دهندگان خدمات از استانداردهای کیفیت بالاتری از آنچه وزارت بهداشت به صورت گواهینامه‌ها و اعتبارات معمول استفاده می‌کند بهره می‌گیرد. نظام‌های بیمه درمان اجتماعی در کشورهای در حال توسعه با روش‌های افزایش کیفیت مانند پرداخت برای خدمات، که در نظام‌های اطلاعات و پایش دشوار است مطابقت ندارند.

شرکت‌های بیمه درمان اجتماعی قادر هستند کارایی بیشتر کیفیت بهتر را از طریق قراردادهای انتخابی تقویت کنند تا این‌که صرفاً از استانداردهای تعیین شده استفاده کنند. فرایند عقد قرارداد پولی که بیمه درمان اجتماعی باید بپردازد را مشخص می‌کند. زمانی که در بیمه درمان اجتماعی روش‌های پرداخت نظیر سرانه، موارد پذیرش شده، گروه‌های تشخیصی متجانس استفاده می‌شود ارائه دهندگانی که هزینه‌های بالاتری دارند علاقه‌ای ندارند با بیمه درمان اجتماعی قرارداد ببندند مگر این‌که هزینه‌های آنها پرداخت شود. از این جهت ارائه دهندگان با هزینه بالا تحت فشار هستند تا هزینه‌هایشان را پایین بیاورند. بسیاری از برنامه‌های بهداشتی درمانی کلمبیا این راهکار را به طور کارآمدی بکار می‌گیرند. در مقابل فیلی

هلس بیشتر توسط کارانه به ارائه دهندگان پرداخت می‌کند. هر قرارداد تأثیر کمی در ارتقای بیشتر کیفیت و کارایی خدمات بهداشتی درمانی دارد.

۹-۲-۲. میزان‌ها و روش‌های پرداخت

نظام پرداخت ساختار انگیزشی ایجاد می‌کند که در چگونگی سازماندهی خدمات سلامتی، کیفیت و کمیت آنها و فرآیند تولید تأثیر می‌گذارد. غنا تصمیم‌گیری در مورد روش‌های پرداخت و میزان آن را به MHOهای بخشی و بیمه‌گران خصوصی محول کرده اما سطح بخشی بعید است که متخصصان فنی و داده‌های تخصصی داشته باشد تا برای استقرار روش‌های پرداخت بهتر استفاده نماید. فیلپین همچنان به روش کارانه به ارائه دهندگان خدمات پرداخت می‌کند که منجر به تورم در قیمت‌های بهداشتی درمانی شده و عرضه کنندگان را بیش از متقاضیان خدمات تشویق به ارائه خدمات می‌کند. کلمبیا اجازه داده برنامه‌های متعدد بهداشتی درمانی در مورد روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات خود تصمیم‌گیری نمایند و اغلب از روش سرانه استفاده کرده‌اند و یا از مخلوطی از روش‌های سرانه و کارانه استفاده نموده‌اند. تایلند روش پرداخت سرانه را بکار گرفته و قادر بوده تا کارایی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی را افزایش دهد.

۱۰-۲-۲. لیست‌دارو و آیین‌نامه‌دارو‌ها

بسته مزایای بیمه درمان اجتماعی باید خدمات و داروهای تحت پوشش را مشخص نماید. تقریباً تمامی برنامه‌های بیمه درمان اجتماعی یک لیست‌دارویی خاص داشته که بیمه درمان اجتماعی هزینه‌های آن را به ارائه دهندگان خدمات می‌پردازد. داروهای ضروری به طور عادلانه‌ای تعریف شده‌اند اما داروهای مورد مصرف بیمارستان‌ها ذکر نشده است. به تازگی داروهای گرانقیمت بطور پیوسته نیز در لیست‌دارویی قرار گرفته‌اند اکثر آنها مزایای نهایی داشته البته خیلی کم. اغلب کشورهای در حال توسعه دستورالعمل و ظرفیت ساخت تصمیمات معقول در موارد جدید داروهای گران که باید تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی قرار گیرند را ندارند.

در کشورهای در حال توسعه شرکت‌های دارویی در تبلیغات آزادی عمل وسیعی دارند. شرکت‌ها همچنین به بیمه دومان اجتماعی فشار وارد می‌کنند تا محصولات آنها را در

لیست دارویی خود قرار دهند. هیچ کدام از کشورهای مورد مطالعه در این کتاب فعالیت‌های تبلیغاتی یا فشاری نداشته است.

۱۱-۲-۲. کاهش سوبسید در سمت عرضه کنندگان

تحت بیمه درمان اجتماعی تسهیلات عمومی در قبال درمان بیماران پرداخت دو برابر دریافت می‌کنند. تسهیلات دولتی درآمد خود را در ارائه خدمات پزشکی اغلب از بودجه دولتی بدست می‌آورند. تسهیلات دولتی در بیمه درمان اجتماعی بابت درمان بیماران از آنها دریافت وجه می‌کند. قابل درک است که تسهیلات دولتی باعث افزایش درآمدها می‌شود و علل بسیاری وجود دارد که چرا نیاز به منابع درآمدی بیشتری وجود دارد. البته تخصیص نادرست منابع در کشورها بیشتر به صورت: درآمدهای اضافی به صورت بهای پرسنل صرف می‌شود و یا در تکنولوژی جدید که گرانبه است و برای عده کمی از بیماران مصرف می‌شود هزینه می‌گردد. یک راه حل عملی کاهش سوبسید برای عرضه خدمات در مواقعی است که تسهیلات عمومی از بیمه‌ها درآمد زیادی کسب می‌کنند. (شکل ۲-۲).

اجرای هر سیاست می‌تواند مشکلات سیاسی جدی را به همراه بیاورد. کلمبیا برنامه‌ریزی انجام داده بود که همزمان با کاهش سوبسید بیمارستان‌های دولتی در تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی توسعه ایجاد کرد که به معنی ذخیره سازی سوبسید عرضه و انتقال آن به سمت افراد فقیر و نیمه فقیر می‌باشد. البته سیاست‌ها بر بیمارستان‌های دولتی تاثیر گذار هستند و اتحادیه کارکنان آنها از کاهش سوبسید ممانعت می‌کنند. در نتیجه دولت سرمایه لازم برای بسط سوبسید دهی به نیمه فقرا را از دست می‌دهد. در ضمن تسهیلات عمومی کلمبیا افزایش داشته و سرمایه‌گذاری جدید شده است. به همین صورت مطالعات انجام شده قبلی نشان داده که پرداخت‌های بیمه در فیلیپس به صورت بها به ارائه دهندگان خدمات داده شده و تنها درصد کمی از آن برای بهبود دسترسی به خدمات صرف شده است. به طور خلاصه در زمان معرفی بیمه درمان اجتماعی همزمان با کاهش سوبسیدهای عرضه کنندگان باید معیارهای اندازه گیری آنها نیز بکار رود در غیر این صورت بیماران از برنامه بیمه درمان اجتماعی کمتر بهره می‌گیرند.

۲-۳. خلاصه

بخش بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه با مشکلات عمومی چندی مواجه هستند: سرمایه‌گذاری کمتر در خدمات بهداشتی و درمانی، نابرابری در تأمین مالی، تخصیص منابع ناکافی، سوء مدیریت و نیروی کار ناکافی. در نتیجه بیماران در اغلب کشورهای در حال توسعه باید سهم زیادی از درآمد خود را به صورت پرداخت مستقیم برای این خدمات بپردازند. (شکل ۲-۱) که مانعی در دسترسی به خدمات شده و باعث تهیدستی بسیاری از خانواده‌ها می‌شود. در عین حال افراد مرفه سهم نامتناسبی از خدمات بهداشتی درمانی عمومی را بکار می‌گیرند. کیفیت ضعیف خدمات بهداشتی و درمانی و ناکارآمدی از عوامل شایع در تسهیلات بهداشتی درمانی عمومی است. واضح است که بسیاری از نظام‌های بهداشتی درمانی نیازمند رفرم و اصلاحات هستند.

بسیاری از برنامه‌ریزان بهداشتی درمانی بیمه درمان اجتماعی را به عنوان راه حل جادویی در اغلب این مشکلات می‌دانند اما واقعیت کاملاً متفاوت است. با این وجود بیمه درمان اجتماعی دارای نقاط قوت بسیاری است. شامل:

۱. می‌تواند سرمایه‌های جدید و پایداری برای بهداشت و درمان فراهم کند
۲. می‌تواند بطور وسیعی خطرات را ادغام کرده و بیمه حمایتی فراهم کند
۳. می‌تواند برای دولت هدف جدیدی در تأمین سرمایه‌های دولتی برای فقرا فراهم نماید
۴. دارای پتانسیل لازم برای حرکت منابع دولتی موجود به سمت فقرا است که از طریق کارکنان بخش دولتی و خانواده هایشان که برای خدمات رایگان دولتی که استفاده می‌کنند می‌پردازند فراهم می‌شود
۵. می‌تواند به عنوان یک استراتژی برای اصلاحات ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شکلی با کیفیت بالاتر و کارآمد تر باشد
۶. می‌تواند تأکیدی بر استفاده از تسهیلات خصوصی و دولتی برای تأمین خدمات بهداشتی و درمانی باشد.

سؤال کلیدی در طراحی بیمه درمان اجتماعی این است که چگونه اهداف متعالی فوق با این منابع کمیاب حاصل می‌شود. کمک به حق بیمه افراد فقیر و نیمه فقیر به سرمایه‌های فراوانی در دولت نیازمند است. اغلب کشورهای کم درآمد درآمدهای مالیاتی کافی ندارند و نمی‌تواند سرمایه کافی برای بخش بهداشت و درمان را از سایر بخش‌ها اختصاص دهند.

سرمایه‌های سایر منابع کمکی در دوره انتقال بیمه درمان اجتماعی می‌تواند هزینه‌ها را پوشش دهد اما منابعی ثابت و قابل اتکا در طولانی مدت نمی‌باشند.

بیمه درمان اجتماعی یک ابزار مالی است که می‌تواند موانع مالی موجود در دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی را مرتفع سازد البته ممکن است از لحاظ فیزیکی خدمات مورد نیاز موجود نباشند. اکثر کشورهای در حال توسعه نظامی دو یا سه ردیفی دارند که برای برقراری عدالت در دسترسی به خدمات مورد نیاز، عرضه خدمات بهداشتی درمانی به مردم در قعر این صفوف و رده‌ها باید توسعه یابد. در حال حاضر اغلب افراد ساکن مناطق روستایی ارائه دهندگان خدمات اولیه را در نزدیکی خود ندارند، توزیع دارو پراکنده است و داروهای جعلی بسیار شایع می‌باشد. دولت‌ها باید جهت تسهیلات و منابع انسانی جدید در مناطقی که خدمات لازم را دریافت نمی‌کنند سرمایه‌گذاری نمایند.

برای حصول اطمینان از کیفیت خوب و کارآمد خدمات بهداشتی درمانی و حمایت بیمه شدگان، شرکت بیمه درمان اجتماعی باید ارائه دهندگان خصوصی و دولتی زبده را انتخاب کند و با آنها قرارداد ببندد، نظام‌های پرداخت منطقی پایه ریزی کنند، ارائه دهندگان خدمات با استفاده از قدرت بازار به گول زدن مردم نپردازند و پیشگیری، خدمات اولیه و خدمات سطح سوم همه با هم هماهنگی داشته باشد. این وظایف و مسئولیت‌ها نیازمند سازمانی دقیق است و به دانش و مهارت‌های پیشرفته نیاز دارد. ساختن سازمان، تامین منابع انسانی و نظام‌های اطلاعات برای رهبری و مدیریت بیمه درمان اجتماعی سال‌ها وقت می‌برد.

برای همگانی شدن بیمه درمان اجتماعی دهه‌ها وقت صرف می‌شود. در نتیجه کشورهای باید نظامی دو جنبه‌ای طی سال‌های توسعه بسازند یعنی زمانی که نسبت زیادی از مردم بیمه نشده‌اند. این افراد باید با شبکه ایمنی از هر گونه تهیدستی ناشی از شرایط بهداشتی درمانی حمایت شوند و اطمینان یابند که خدمات پایه بهداشتی درمانی را دریافت می‌کنند این امر می‌رساند که دولت باید برنامه کمکی دولتی فراهم سازد و یا بعضی خدمات بهداشتی درمانی را رایگان در اختیار غیر بیمه شدگان قرار دهد. طراحی و اجرای یک نظام دو جنبه‌ای امری پیچیده و مشکل است. به‌علاوه ملل در حال توسعه باید رشد اقتصادی سریعی داشته باشند تا در زمان کوتاهی به پوشش همگانی جمعیت دست یابند.